Rok XLIV. Kraków 17 Czerwca 1905. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału laryngologicznego prof. Pieniążka w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach, tchawicy i przełyku.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent Oddziału.

I. *C. R.*, 9-miesięczna dziewczynka, przyjęta została do Szpitala dziecięcego św. Ludwika d. 11/XII 1904. Duszność trwa od 4 dni: wedle bałamutnego zresztą opowiadania rodziców miała ona rozpocząć się nagle i to skutkiem zakrztuszenia się kawałkiem mięsa. Szczegóły te wydobyto dopiero po kilku dniach od rodziców, i to dopiero badając ich w kierunku możliwego zakrztuszenia się. Przez kilka dni obserwowano to dziecko w Szpitalu; d 15/XII, wezwany do szpitala św. Ludwika przez Dr. Getlicha, którego uprzejmości ten przypadek zawdzięczam, postanowiłem przystąpić odrazu do tracheoskopii. Dziecko przeniesiono na oddział laryngologiczny; badanie w dniu 15/XII wykazało: Ciepłota 38.2°, duszność znaczna, przeważnie wdechowa; silne zapadanie się dołka podsercowego i dolnych części klatki piersiowej. Badanie płuc: po stronie lewej z tyłu, począwszy od grzebienia łopatki w dół, stłumienie, tamże szmery oskrzelowe; poprawej szmery pęcherzykowe wyraźnie osłabione, przykryte częściowo szmerem ze zwężenia. Gardło bez zmian; badanie krtani daje wynik ujemny. Ponieważ osłuchiwanie płuc wykazało osłabienie szmerów oddechowych po stronie prawej, przeto, podejrzywając już ciało obce w oskrzelu, przystąpiłem wprost do tracheoskopii. Tracheoskopię bezpośrednią wykonałem tracheoskopem Pieniążka bez uśpienia. Tracheoskop z przetyczką (mandrynem) założyłem na ślepo bez uśpienia w pozycyi siedzącej dziecka; po wprowadzeniu tracheoskopu do górnej części tchawicy, szybko wyjąłem przetyczkę (mandryn), poczem dziecko ułożono w pozycyi leżącej z głową ku dołowi zwieszoną. Tracheoskopia oświetlona lampką Kirsteinowską wykazała obecność ciała obcego, usadowionego górną swą częścią jeszcze w tchawicy, tu bowiem nieco po nad rozdwojeniem na ścianie prawej widać biały rąbek ciała obcego, dalsza jego część ginie w oskrzelu prawem. Ciało to wyjąłem rurkowemi szczypczykami tchawiczemi; ponieważ brzeg jego był szerszy od światła tracheoskopu, musiałem wyjąć je wraz z tracheoskopem. Była to kość płaska czworoboczna; dwa naprzeciw siebie leżące ramiona posiadają brzeg gładki, dwa przeciwległe, jako odłamane końce, są ostre, kończyste. Długość najdłuższego ramienia wynosi 1 ctm., szerokość 7 mm. Po wyjęciu ciała tego duszność wprawdzie znacznie się zmniejszyła, ale zupełnie nie ustąpiła; podejrzywając przeto obecność drugiego odłamka, przystąpiłem powtórnie do tracheoskopii górnej, która obok obrzmienia ostrogi rozdwojenia i obok stwierdzenia, że z oskrzela lewego wydobywa się ciecz śluzowo-ropna, nic innego nie wykazała. Dnia następnego duszność wprawdzie mniejsza, niż przed wydobyciem ciała obcego, ale większa niż poprzedniego dnia po wydobyciu ciała. Tracheoskopia wprost wykazała, iż tchawica i oskrzela są wolne; założenie tubusa O'Dwyera, poczem oddech zupełnie spokojny, dowód, iż przeszkoda znajduje się w krtani. Dnia 18/XII rano wyjęto tubus; oddech początkowo spokojny, potem się pogorszył tak, iż tego samego dnia popołudniu musiano założyć znowu tubus. To samo powtórzyło się jeszcze d. 20. Dnia 22/XII popołudniu nastąpiła śmierć. — Dodać jeszcze muszę, iż przez cały ten czas dziecko gorączkowało, podniesienie ciepłoty poranne wynosiło zwykle 38° i kilka dziesiątych, wieczorne przeciętnie 39°.

Sekcya, wykonana przez prof. Ciechanowskiego, wykazała: Całe wnętrze krtani stanowi jeden rozległy i głęboki wrzód odleżynowy. Wrzód jest szczególnie głęboki w kącie przednim; tu spotykamy brak zupełny chrząstki obrączkowej; w częściach tylnobocznych zaś dno wrzodu stanowią obnażone i oddzielające się już odcinki chrząstki obrączkowej. W środkowej linii przedniej ściany tchawicy szereg wrzodzików odleżynowych ponad pierścieniami chrząstnymi; w okolicy 6—10 pierścienia wrzodziki sięgają aż do obnażonej chrząstki. Poniżej widać nieregularne ubytki błony śluzowej o cechach, podobnych do wrzodów odleżynowych, zajmujące prawą ścianę tchawicy i początek głównego oskrzela prawego, a także cały klin podziałowy tchawicy. Na oskrzele główne lewe, jakoteż na drugorzędne oskrzela prawe, zmiany te nie przechodzą, a błona śluzowa jest tu tylko żywo czerwoną, pulchniejszą, lecz gładką i bez ubytków. Gruczoły oskrzelowe powiększone, ciemno czerwone, soczyste; te z nich, które leżą tuż przy oskrzelu prawem, są od otoczenia (i od ściany oskrzela) oddzielone wązkim rąbkiem nacieku ropnego. W płucu prawem znajduje się ognisko zapalne, głównie w częściach blizkich wnęki. W płucu lewem naciek zapalny jednostajny, jak w zwykłem płatowem zapaleniu krupowem; opłucna lewa pokryta warstwą włóknika, prawa gładka, lśniąca. Rozpoznanie sekcyjne brzmiało: *Pleuropneumonia crouposa sinistra partis inferioris lobi superioris et totius lobi inferioris. Pneumonia crouposa lobularis dextra. Decubitus profundus laryngis cum sequestratione partiali cartilaginis cricoideae. Adenitis acuta et periadenitis purulenta glandularum lymphat. bronchialium dextr. Degeneratio adiposa myocardii et renum.*

Przypadek ten, tak ze względu na wiek pacyenta, jak i na przebieg choroby, należy do rzadkich. W szeregu ogłoszonych przypadków wydobycia ciał obcych z oskrzeli, ze względu na wiek przypadek opisany przeze mnie zajmuje pierwsze miejsce, gdyż jest to najmłodsze dziecko (9 miesięcy), u którego wydobyto przy pomocy tracheoskopii bezpośredniej ciało obce, stosunkowo do wieku bardzo wielkie i o brzegach ostrych. Przebieg choroby i zmiany patologiczne, napotkane podczas sekcyi, tłómaczę sobie w sposób następujący: Dziecko zachłysło się kością o brzegach ostrych, ząbkowanych; kość ta utkwiła najpierw w krtani, gdzie wbiwszy się w błonę śluzową, wywołała ropne zapalenie ochrzęstnej i zwężenie krtani, poczem obsunęła się ku dołowi, wreszcie aż do prawego oskrzela, powodując przytem zranienia błony śluzowej. Że ubytki błony śluzowej, a przynajmniej dolnej jej części, t. j. od 10 chrząstki ku dołowi i prawego oskrzela, w ten sposób powstały, za tem przemawia ich umiejscowienie na ścianie prawej tchawicy i w oskrzelu prawem. Ubytki na ścianie przedniej tchawicy ewentualnie możnaby uważać jako wynik urazu, wywołanego wprowadzaniem tracheoskopu; przeciwko temu atoli przemawia to, iż tracheoskop wprowadzałem na ślepo tylko do górnej części tchawicy i to z przetyczką, która ochraniała brzeg tracheoskopu, w głąb tchawicy zaś następowo tylko powoli wsuwałem tracheoskop i to o średnicy najwęższej, przy kontroli światła; powolne wsuwanie tracheoskopu nie mogłoby chyba wywołać zmian, napotkanych pod-

czas sekcyi. Że z drugiej strony kość najpierw musiała ugrzęznąć w krtani, wywołując tam zapalenie, dowodzi to, iż po wydobyciu ciała obcego z oskrzela duszność się tylko zmniejszyła, a nie ustąpiła; zresztą silne objawy duszności, przedtem spostrzegane, nie mogły odpowiadać niezupełnemu nawet zatkaniu prawego oskrzela. Duszność ta zresztą po usunięciu zwężenia krtani przez założenie tubusa O'Dwyera zupełnie ustąpiła. Pierwotnem też ropnem zapaleniem ochrząstnej, wywołanem przez wbicie się tamże ciała obcego, tłómaczą się te stosunkowo znaczne spustoszenia krtani; sam tubus zmian tych wywołaćby nie mógł, co najwyżej brzeg jego dolny mógłby na przedniej ścianie tchawicy wywołać odleżynę. Zwężenie oskrzela prawego wywołane było obecnością ciała obcego, które górnym swym brzegiem opierało się o ścianę zewnętrzną tchawicy, cała masa zaś jego tkwiła w oskrzelu prawem. Śmiertelne zejście pomimo wydobycia ciała obcego było rzeczą zupełnie zrozumiałą, uwzględniając wiek dziecka i stosunkowo długi czas pobytu (najmniej 8 dni) ciała w drogach oddechowych. W dniu wydobycia ciała obcego już było zapalenie płuc po stronie lewej, obejmujące płat dolny, a częściowo średni, które samo przez się mogło już być przyczyną zejścia śmiertelnego; do tego przyłączyło się ogniskowe zapalenie płuca prawego i ropne zmiany naokoło gruczołów, znajdujących się tuż przy oskrzelu prawem; te ostatnie zmiany były już wynikiem aspiracyi ropy z krtani do oskrzela prawego, częściowo zaś także odleżyn w tchawicy i w oskrzelu. Pierwotne wystąpienie zapalenia w płucu lewem tłumaczy się tem, iż ciało obce zatykając oskrzele prawe utrudniało także przedostanie się tamże ropy, która swobodnie wpływała przez oskrzele lewe do płuca lewego.

II. *M. W.*, licząca 19 miesięcy, przyjęta została dnia 4/III 1905. Duszność trwa od $3^1/_2$ miesięcy; jak matka opowiada miała ona powstać nagle przy bawieniu się dziecka jabłkiem. Zawezwany lekarz rozpoznał dławiec i wstrzyknął dwukrotnie surowicę. Objawy duszności miały potem nieco zelżyć, ale nie ustąpiły; dopiero w dwa miesiące potem, gdy objawy duszności dalej trwały, zawezwano drugiego lekarza, który rozpoznał „prawdopodobnie dławiec rzekomy“ i powiedział matce, że po pewnym czasie objawy te same przez się ustąpią. Gdy po $1^1/_2$ miesiąca zmiany nie tylko nieustąpiły, ale nawet nastąpiło znaczne pogorszenie, zgłosiła się matka z dzieckiem do naszego Oddziału.

Badanie z d. 4/III 1905 wykazało: dziecko nadzwyczaj nędznie odżywione, znaczne zmiany krzywicze na kończynach i na klatce piersiowej. Duszność wybitna, przeważnie wdechowa, silne zapadanie się dolnych części klatki piersiowej i dołka podsercowego. Gorączka 38·4. Płuca: Po stronie prawej z tyłu stłumienie od grzebienia łopatki ku dołowi, tamże szmery oskrzelowe, po lewej pęcherzykowe. Z podejrzeniem na ciało obce w tchawicy przystąpiłem do tracheoskopii górnej, wykonałem ją w uśpieniu. Badanie to jednak ciała obcego nie wykryło; przy wysuwaniu zaś tracheoskopu widać było obrzmienia popod więzadłami i według tego co przez chwilę mogłem osądzić, wydawało mi się, iż obrzmienie po stronie lewej jest większe, niż po prawej. Przypuszczając więc, że te ostatnie są przyczyną zwężenia, założyłem tubus O'Dwyera, poczem oddech stał się swobodnym. Po dwóch dniach wyjąłem tubus, oddech przez parę godzin był wcale dobry, potem znowu pogorszenie tak, iż musiałem znowu założyć tubus. Następnego dnia, pomimo obecności tubusa, wystąpiła duszność, co znowu naprowadziło mnię na myśl obecności ciała obcego w tchawicy. Ze względu atoli na silną wydzielinę ropną, wydobywającą się z dróg oddechowych, przystąpiłem do tracheotomii, sądząc, że przez kaniulę odkształcanie masowej wydzieliny będzie ułatwione. Podczas tracheotomii, wykonanej w uśpieniu, wystąpiła sinica, która po otwarciu tchawicy nie ustępowała; wprowadziłem przeto przez ranę tracheotomijną tracheoskop; badanie to wykazało w dolnej części tchawicy ciało zatykające prawie zupełnie światło tchawicy; ciało to wyjąłem rowkowanemi szczypczykami, poczem oddech stał się swobodnym. Założenie kaniuli. Wydobyte ciało było skórką od jabłka kształtu trójkątnego; boki trójkąta mniej więcej równobocznego są długości około $1^1/_2$ ctm. Dziecko od tego czasu zupełnie dobrze oddychało przez kaniulę, wyrzucając równocześnie przez nią wielką ilość wydzieliny ropnej. Gorączka utrzymywała się stale. Stłumienie po stronie prawej się nie zmniejszyło; drugiego dnia po wydobyciu ciała obcego zaaważyłem także stłumienie po stronie lewej, które w ciągu kilku dni objęło cały dolny płat płuca lewego. Dnia 20/III przy objawach obustronnego zapalenia płuc dziecko zmarło. Na sekcyę rodzice stanowczo swego pozwolenia nie dali.

Dlaczego tracheoskopia górna nie wykazała obecności ciała obcego w tchawicy, tłómaczę sobie w sposób następujący: przy wprowadzaniu tracheoskopu z przetyczką (mandrynem) ciało obce, będące cienką tylko skórką, dostało się odrazu pomiędzy ścianę tracheoskopu a tchawicy tak, że światło tchawicy przy wprowadzaniu tracheoskopu w głąb było zupełnie wolne, przy wysuwaniu zaś tracheoskopu równocześnie wysuwało się ono ku górze, a wysunięciu się zupełnemu przeszkodziły więzadła; obrzmienie, które spostrzegałem po stronie lewej, przykryte było ciałem obcem, dokładnie do niego przylegającem, a przytem było tejże samej szarawej barwy. Zresztą badanie części podwięzadłowych obejmuje tylko chwilę przy wysuwaniu tracheoskopu, dokładne więc być nie może. Po tracheoskopie założyłem tubus O'Dwyera; skórka znowu musiała się dostać pomiędzy ściany tubusa i tchawicy, duszność bowiem ustąpiła; skórka obsunęła się dopiero przy drugiej intubacyi, wywołując zwężenie poniżej tubusa. Zmiany w płucu prawem uważam jako powstałe na pewien dłuższy czas przed przyjęciem chorej, bowiem już w dniu przyjęcia obejmowały one znaczną przestrzeń płuca prawego; w ostatnim tygodniu życia przyłączyło się zapalenie płuc po stronie lewej, które u dziecka krzywiczego, wyniszczonego kilkumiesięczną dusznością, szybko sprowadziło śmierć. (Dok. nast.).

II. Z oddziału ocznego szpitala powszechnego we Lwowie.

O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: *conjunctivitis Parinaudi* [1]).

Podał

Dr. Wiktor Reis.

(Dokończenie).

W przypadku opisanym znajdujemy więc wszystkie najgłówniejsze objawy nieżytu spojówkowego Parinauda: wystąpienie wyrośli spojówkowych z równoczesnem współistnieniem obrzęku gruczołów chłonnych, jednostronne wystąpienie obu zmian chorobowych i wykluczenie rogówki z procesu chorobowego.

Na wstępie jednak już zaznaczyliśmy, że opisana postać chorobowa jest tylko nową postacią kliniczną, zbiorem objawów, często z osobna spotykanych; nic też dziwnego, że z ogólnego wejrzenia wydaje się być podobną do powszechnie znanych chorób spojówek. Rozpoznanie różniczkowe wykluczyć więc musi trzy postacie chorobowe: jaglicę, gruźlicę i nowotwory.

Wytyczne dla rozpoznania różniczkowego w krótkości byłyby następujące: Obok głównej cechy, owego wzajemnego stosunku gruczołów chłonnych do zaburzeń spojówkowych, jako wspólnej różniczkowej dla wyżej wymienionych trzech zmian chorobowych, — odróżnia nieżyt spojówki Parinauda

od jaglicy: niezwykła wielkość ziarniny i wyrośli, wykluczenie rogówki z procesu chorobowego i wynik badania histologicznego wyrośli spojówkowych, nie wykazującego typowego utkania dla zmian jagliczych.

Ostrego wystąpienia i objawów zapalnych nieżytu Parinauda, jako cechy, wyróżniającej od jaglicy, podawać nie możemy, gdyż znane są przypadki z początkiem sprawy bardziej łagodnym. W jaglicy zaś zmiany, znalezione na spojówkach, nie idą również w parze z objawami podmiotowymi. Często już przy nieznacznych zmianach spojówkowych objawy zapalne sprowadzają chorego do lekarza, podczas gdy w innych przypadkach prawdziwie ciężkich chorzy zgłaszają się dopiero wówczas, gdy rogówka jest zawikłaną w proces chorobowy. Możnaby wprawdzie dalej zarzucić, że i przy jaglicy zdarzają się przypadki olbrzymich ziarn i wyrośli, lecz należy to w każdym razie do wyjątków; wyjątkiem jest również brak zmian chorobowych na rogówce, zwłaszcza przy dłuższem trwaniu choroby; wystąpienie jednostronne jaglicy także napotykamy dość rzadko — tak, że powołując się na owe wyjątkowe stany chorobowe w jaglicy i uwzględniając zasadnicze żądania Parinauda, przyznać będziemy musieli, że dla tak wyjątkowej postaci jaglicy, występującej wśród znanych nam klinicznych objawów, śmiało możemy przyjąć nową nazwę: nieżytu spojówki Parinauda.

Gruźlicę spojówki, występującą częstokroć również pod nieprawidłowemi postaciami, wykluczyć już łatwiej, gdy uwzględnimy brak owrzodzeń lub makroskopowo dostrzegalnych gruzełków na powierzchni przerosłej spojówki, brak znamiennego utkania dla tkanki gruźliczej i ujemny wynik badania bakteryologicznego, wykluczającego istnienie laseczników gruźliczych.

Najmniej cech porównawczych z nieżytem Parinauda posiadają wreszcie nowotwory spojówki. Pojawienie się ich na spojówce powiekowej należy do rzadkości; mają one zwykle swe siedlisko na spojówce gałkowej, tuż przy rąbku rogówko-twardówkowym, są uszypułkowane, o swoistem utkaniu.

Przebieg nieżytu spojówki Parinauda stanowi sam dla siebie najważniejszy może obraz różniczkowy. Jakiemkolwiek bowiem było zastosowane leczenie, czy polegało na mechanicznem usunięciu wyrośli i przyżeganiu, czy też na wkraplaniu roczynów ściągających azotanu srebra, — we wszystkich przypadkach osiągnięto wyleczenie w przeciągu kilku miesięcy. Zmiany na spojówkach nie leczone mogą się utrzymywać przez czas dłuższy, nie powodując dalszych powikłań i zaburzeń chorobowych. „Exceptionellement les lésions conjonctivales persistent plus longtemps, sans pour cela causer la moindre gêne. Et bien quelles soient parfois plus volumineuses que les granulations du trachome, on ne les voit jamais s'accompagner ni de larmoiement, ni de photophobie, ni surtout de lésions cornéennes".

W przypadku przez nas spostrzeganym nie zauważyliśmy żadnych powikłań w dalszym przebiegu choroby, co właśnie jest znamiennem dla nieżytu spojówki Parinauda. Podczas gdy w jaglicy, gruźlicy lub przy nowotworach sprawa chorobowa ciągnie się bez przerwy całemi latami lub z częstymi nawrotami, tutaj zmiany chorobowe ustępują w stosunkowo krótkim czasie. Czy samoistne wyleczenie jest możebnem, na to nie mamy dotychczas potwierdzenia. Wszystkie bowiem przypadki były mniej lub więcej energicznie leczone. W naszym przypadku staraliśmy się zwlekać jak najdłużej z zabiegiem chirurgicznym; po 5 tygodniach pobytu chorej w szpitalu nie spostrzegliśmy najmniejszego pogorszenia i przystąpiliśmy do rękoczynu tylko na żądanie chorej, by usunąć jej lekkie opadnięcie powieki górnej.

Etyologii całej sprawy chorobowej dziś jeszcze nie znamy. Parinaud przypuszczał, że przeniesienie się jakiegoś zarazka ze zwierzęcia na człowieka powoduje wystąpienie wyrośli na spojówkach i obrzęk gruczołów i nadał opisanej przez się postaci chorobowej ogólną nazwę: „conjonctivite infectieuse d'origine animale". Spostrzegał bowiem ten nieżyt spojówki u rzeźników, lub u osób pozostających w jakikolwiek inny sposób w styczności ze zwierzętami. Dalsze jednak spostrzeżenia nie potwierdziły przypuszczeń Parinauda. Ciekawym jest także fakt, że nigdy nie spostrzegano przypadków zarażenia u osób, będących w najbliższem otoczeniu chorych na nieżyt spojówki.

Badania bakteryologiczne, przedsięwzięte w celu wykrycia bodźca chorobotwórczego, dały wyniki ujemne. W obecnym przypadku p. doc. Dr. Kučera był łaskaw przeprowadzić badanie bakteryologiczne przy pomocy hodowli i szczepień na zwierzętach, a jedynym dodatnim ich wynikiem było stanowcze wykluczenie sprawy gruźliczej. Badanie histologiczne, dokonane na wyciętych skrawkach wyrośli, nic wyjaśnia nam również sposobu powstawania choroby. Wyrośle ukazują utkanie jednolite, zbliżone swem wejrzeniem do nacieku drobnokomórkowego, bez znamiennego dla innych chorób nagromadzenia guzków limfatycznych. Główną składową część nacieku stanowią komórki o większym rąbku protoplazmy, niż w zwykłych leukocytach, podobne do tworów, znanych pod nazwą komórek plazmatycznych (*Plasmazellen*). W tym też kierunku będą przeprowadzone dalsze badania histologiczne według swoistych metod.

Współistnienie przypadów na spojówkach powiekowych i obrzęku gruczołów chłonnych świadczy o związku między jedną a drugą sprawą chorobową i wskazuje, że nie jest to jakieś tylko miejscowe schorzenie spojówek, lecz sprawa chorobowa, wywołująca równocześnie zaburzenia w ustroju ogólnym. Staje się to jeszcze pewniejszem, gdy się uwzględni pracę Chaillousa, w której donosi o jednym przypadku rozprzestrzenienia się obrzęku na gruczoły chłonne nadobojczykowe (Obserw. XIII) i wyraźnie wspomina, że zmiany w gruczołach przetrwać mogą nieżyt spojówki. („L'adénopathie qui peut se généraliser persiste plus longtemps que les végétations conjonctivales").

Fakt współistnienia obu tych zmian chorobowych usprawiedliwia więc przypuszczenie, że wspólna jakaś przyczyna musi powodować ich wystąpienie. Goldzieher, profesor okulistyki w Budapeszcie, ogłosił jeszcze w r. 1893 niezależnie od Parinauda trzy przypadki, w których zwrócił uwagę na wzajemne wystąpienie gruczolaków chłonnych na szyi i wyrośli na spojówkach powiekowych, jako rzeczy istotnej, stanowiącej znamienną cechę tej choroby i nie wahał się nawet utożsamiać rodzaju sprawy chorobowej, toczącej się w gruczołach chłonnych, ze zmianami chorobowemi na spojówkach powiekowych, oznaczając krótko tę postać nieżytu spojówki, jako „Lymphoma conjunctivae".

Dalsze ścisłe spostrzeżenia i badania potrafią może

w przyszłości określić patogenezę tej choroby; zwrócić zaś uwagę na ów znamienny zbiór objawów klinicznych było celem pracy niniejszej.

Prymaryuszowi oddziału, Wiel. Panu Profesorowi Dr. Machekowi, niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie za łaskawe odstąpienie przypadku i życzliwe zajęcie się przebiegiem mych badań.

Piśmiennictwo. 1. Chaillous: Contribution à l'étude de la conjonctivite infectieuse de Parinaud. („Annales d' Oculistique", Janvier 1904). — 2. Stirling: A case of Parinauds Conjunctivitis. („Opht. Review." Okt. 1904). Refer. w „Wochenschr. f. Ther. u Hyg. d. Auges" Nr. 8, 1904). — 3. Malys: Parinaud'sche Conjunctivitis. („Zeitsch. f. Augenh." XII, 1904). — 4. Goldzieher: Über Lymphom-Coniunctivitis. („Conj. infect. de Parinaud"). („Centralbl. f. prakt. Augenheik." Januar 1905).

III. Z pracowni bakteryologicznej prof. J. Nowaka w Krakowie.

O pasteryzacyi mleka dla niemowląt.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński

asystent kliniki chorób dziecięcych prof. Jakubowskiego w Krakowie.

(Dokończenie).

Dochodzimy do ostatniego punktu, którego rozstrzygnięcie jest niezmiernie ważne dla zasady pasteryzowania mleka. Punktem tym jest zachowanie się wobec zabiegu pasteryzacyi prątka gruźliczego. Kwestya, czy zabieg ten zdolnym jest do zabicia w mleku prątka gruźliczego, jest dotychczas sporną, a ujednostajnienie poglądów w tym kierunku utrudnionem jest niemało przez okoliczność, iż metody, stosowane dzisiaj dla pasteryzacyi mleka, są bardzo rozmaite i wahają się w bardzo szerokich granicach: co do ciepłoty między 60° a 95°, co do czasu między 1 minutą a 2 godzinami. Do zaciemnienia tej sprawy przyczynia się również wspólna nazwa pasteryzacyi, określająca zabiegi już w samej zasadzie bardzo różne i do różnych dążące celów, jak n. p. pasteryzacyę, stosowaną w przemyśle mlecznym, a pasteryzacyę mleka dla niemowląt, taką, jak ją dzisiejsza nauka pojmuje. Wreszcie i zapatrywania rozmaitych autorów na stopień odporności prątka gruźliczego wobec ciepłoty nie brzmią bynajmniej jednozgodnie: przeciwnie, spotykamy pomiędzy podaniami w tym kierunku bardzo znaczne różnice. Zwolennicy pasteryzacyi, a zwłaszcza ci autorowie, którzy zalecili specyalne do tego zabiegu przyrządy, stoją na stanowisku, iż przez pasteryzacyę niszczymy w mleku prątek gruźliczy w zupełności. Contant[19]) (nie opierając się zresztą na własnych badaniach) uważa ciepłotę 68° (jak długo działającą?) za dostateczną do tego celu; Oppenheimer[20]) 70° przez 30 minut; Hippius[21]) — 60° przez godzinę. Na podobnem stanowisku stoją również Bitter (68° przez 30 minut), Hess (60° przez 15 minut), Johanessen (70—75° przez 10 minut) i inni. Natomiast Max Beck[22]) twierdzi, iż ogrzewanie większych ilości mleka w ciepłocie 80° przez pół godziny lub jednorazowe zagotowanie nie zabija prątka gruźlicy. W doświadczeniach Galtiera[23]) żywienie świnek morskich mlekiem, zakażonem gruźlicą i ogrzewanem przez 6 min. do 70°, 75°, 80° i 85°, wywołało u tych zwierząt objawy gruźlicy. Również 5—20 minutowe ogrzewanie w ciepłocie 75° nie wystarczyło do zabicia prątka gruźliczego.

Co do mnie, to wobec faktów, stwierdzonych poprzednio na laseczce okrężnicy, nie wątpiłem, iż ciepłota, stosowana w przyrządach, służących dla pasteryzacyi mleka dla niemowląt, tem bardziej nie może być wystarczająca dla zabicia prątka gruźliczego. Potwierdziły to moje mniemanie wyniki doświadczeń, wykonanych przez Nitscha[24]) i własnych. Nitsch stwierdził, iż ogrzewanie prątka gruźliczego (w wodzie) w ciepłocie 60° przeszło przez 1 godzinę nietylko go nie zabija, lecz zdaje się wogóle nie wpływać na obniżenie jego jadowitości. W mojem doświadczeniu zakaziłem 3 probówki z mlekiem po 1 sz. cm. zawiesiny prątków gruźliczych (z hodowli ziemniaczanej) i zanurzyłem je w łaźni wodnej o ciepłocie 76—76° na przeciąg 10, 15 i 20 minut. Następnie wstrzyknąłem po 1 sz. cm. każdego mleka świnkom morskim (badanym poprzednio tuberkuliną). U wszystkich trzech świnek rozwinęła się gruźlica. Zatem ciepłota, nawet o wiele wyższa lub dłużej działająca od tej, jaką do celów pasteryzacyi mleka dla niemowląt możemy stosować, okazała się niezdolną do zabicia prątka gruźlicy.

Jeżeli więc, — jak to wykazałem poprzednio, — utrzymanie własności biologicznych mleka przy równoczesnem zabiciu drobnoustrojów jest co najmniej bardzo wątpliwe, to tem mniej możemy się łudzić, aby dało się charakter ten mleka, jako żywego płynu, połączyć z uwolnieniem go od gruźlicy. Fakt ten odnosi się zarówno do pasteryzacyi mleka takiej, jaka dziś stosowaną jest w żywieniu niemowląt, jak też do proponowanej przezemnie pasteryzacyi mleka względnej: nie może być zatem w żadnym razie użyty jako argument przeciw tej ostatniej. Fakt ten nie jest zasadniczą przeszkodą dla stosowania pasteryzacyi, lecz ścieśnia jej zakres działania i ogranicza do warunków, w których rozporządzamy mlekiem krów wolnych od gruźlicy. Jednakże, zasadniczo rzecz biorąc, mleko przeznaczone dla żywienia niemowląt samo przez się powinno posiadać ten warunek, a to ze względu na działanie jadów, które znajdują się w mleku krów gruźliczych, a na które wyjałowienie mleka ani gotowanie nie ma żadnego wpływu. Tak więc z różnych stron rzecz biorąc, dochodzimy w końcu zawsze do postulatu, który w ostatnich latach zaznacza się coraz bardziej stanowczo w dotyczącym ruchu naukowym, a mianowicie, że produkcya mleka dla niemowląt winna być oddzielona od ogólnego handlu mleczywem iześrodkowana w ręku specyalnych wzorowych instytucyi publicznych; wówczas dopiero nowsze prądy i zapatrywania nauki w zagadnieniu sztucznego żywienia będą mogły stać się udziałem szerszych warstw ludności.

Jako uzupełnienie zebranych faktów przytoczę na zakończenie wyniki doświadczeń, przeprowadzonych na przyrządzie do pasteryzacyi mleka dla niemowląt systemu „le

[19]) L. Contant: Autour du berceau. Paris 1896.

[20]) Münchener med. Wochsch., 1899, Nr. 44

[21]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1905, luty.

[22]) Experimentelle Beiträge zur Untersuchung über die Marktmilch (Deutsche Vierteljahresschrift für öffentl. Gesundheitspflege, 1900, str. 430).

[23]) Comptes rendu de la societé de biologie, 1900, str. 120.

[24]) Doświadczenia wykonane w krakowskim Zakładzie higieny, nieogłoszone drukiem).

Tutelaire". Przyrząd ten[25]), sporządzony przez francuskiego inżyniera Ludwika Contanta, zyskuje od paru lat coraz szersze zastosowanie we Francyi i w Belgii i dzięki niemu liczba zwolenników żywienia niemowląt mlekiem pasteryzowanem wzrosła w ostatnim czasie bardzo znacznie. Sposób ogrzewania mleka, użyty tutaj, jest odmienny, niż w przyrządach niemieckich autorów: mianowicie polega na bardzo szybkiem ogrzaniu mleka do 75° zapomocą pary z następowem nagłem oziębieniem zapomocą zanurzenia flaszeczek w zimnej wodzie.

Przyrząd ten z zewnętrznego wejrzenia nie wiele różni się od powszechnie znanego przyrządu Soxhleta. Jednakże podczas gdy w przyrządzie Soxhleta flaszeczki z mlekiem zanurzone są w wodzie prawie całkowicie, tutaj dna ich nie stykają się z powierzchnią wody, której stała, oznaczona przepisem ilość stanowi tylko cienką warstwę na dnie kociołka. Pasteryzacya odbywa się w ciepłocie pary, wytworzonej przez wrzenie znajdującej się na dnie wody. Przez pokrywę naczynia przechodzi specyalny ciepłomierz, którego jedyna podziałka, sporządzona na podstawie doświadczenia, oznacza chwilę, w której mleko wewnątrz flaszeczek osiągnie ciepłotę 75°. Wówczas gasi się płomień, podnosi się pokrywę, pozostawia się flaszeczki przez 2 minuty wewnątrz naczynia, a następnie, wyjąwszy koszyczek, zanurza go do zimnej wody. Podczas pasteryzacyi płomień winien być tak uregulowany, aby słupek rtęci dobiegał do podziałki po upływie 10—11 minut; tyle zatem czasu trwa cały zabieg. Dla większej wygody dołączona jest do przyrządu klepsydra, której czas przesypywania się piasku równa się czasowi, w którym rtęć powinna dobiedz do podziałki. Flaszeczki sporządzone są z hartowanego specyalnie szkła, które pozwala na tak szybkie ogrzanie z następowem gwałtownem oziębieniem. Flaszeczki te zaopatrzone są rodzajem zamku, który podczas pasteryzacyi stanowi luźną zatyczkę, zaś po ukończeniu zabiegu służy do hermetycznego zamknięcia.

Dla większych instytucyi, obracających znacznemi ilościami mleka, przyrząd ten przedstawia ogromną dogodność automatycznej i szybkiej manipulacyi; szybkość ta stanowi w tym przypadku ogromną oszczędność czasu i kosztów.

Ausset[26]), Grimbert i Breton poddali mleko, pasteryzowane w przyrządzie Contanta, ścisłym badaniom chemicznym i stwierdzili, że mleko to zachowuje się pod wpływem działania podpuszczki podobnie jak mleko świeże, t. j. że ścina się w tym samym czasie. Pod wpływem naturalnego soku żołądkowego ulega strawieniu w tych samych warunkach, co mleko surowe. Wreszcie, fakt bardzo ważny, pod działaniem gwajakolu i wody utlenionej ma dawać odczyn oksydazy, co zdawałoby się dowodzić, że fermenty, znajdujące się w świeżem mleku, nie uległy podczas tego zabiegu zniszczeniu.

Wyniki, uzyskane w sztucznem żywieniu niemowląt przy pomocy mleka pasteryzowanego tym systemem, są jak najpomyślniejsze. Przyrząd Contanta wprowadzony jest od 5 lat w instytucyi Goutte de lait w Brukseli; we Francyi zastosował tę metodę pierwszy Ausset w takichże instytucyach w St. Pol sur mer i w Lille, a za jego przykładem poszła większość tak zw. „kropli mleka", powstałych w ostatnich latach w północnej Francyi. Dzięki temu spostrzeżenia w tym kierunku mogły być przeprowadzone z całą ścisłością na bardzo znacznym materyale obserwacyjnym. Wykazały one wielkie zalety mleka, pasteryzowanego w ten sposób, pod względem strawności i wartości odżywczej, a przedewszystkiem, — co nas tu najwięcej zajmuje, — stwierdziły, iż żywienie niemowląt tem mlekiem nie przedstawia, nawet w letnich miesiącach, żadnego niebezpieczeństwa, oczywiście przy zachowaniu odpowiednich warunków.

O ile wyniki te, uzyskane przyrządem Contanta, stanowią niewątpliwy dowód wartości praktycznej użytego przez niego systemu, o tyle naukowa podstawa, na której opiera się Contant[27]) i jego francuscy zwolennicy, wymaga pewnego sprostowania. Contant twierdzi mianowicie, iż ciepłota, użyta przez niego w swoim przyrządzie (75° przez 2 minuty), jest wystarczająca do zabicia wszystkich bezzarodnikowych drobnoustrojów łącznie z gruźlicą, a na poparcie twierdzenia tego przytacza luźne liczby, wyjęte z doniesień rozmaitych autorów. Ponieważ widzieliśmy poprzednio, w jak szerokich granicach wahają się odnośne podania, zatem rzecz zasługiwała na bezpośrednie sprawdzenie. Szereg doświadczeń, wykonanych w tym kierunku na mleku, ogrzewanem w łaźni wodnej, przedstawiłem już poprzednio: z doświadczeń tych wynika, iż ciepłota, użyta przez Contanta, nie tylko jest niedostateczną do zabicia gruźlicy, lecz również nie jest w stanie wytępić w mleku innych drobnoustrojów, jak n. p. paciorkowca lub laseczki okrężnicy. Doświadczenia, wykonane wprost na przyrządzie Contanta, dały następujące wyniki:

Przedewszystkiem stwierdziłem, iż przy tak szybkiem ogrzaniu mleka, rozmieszczenie ciepłoty w różnych warstwach mleka jest bardzo niejednakowe. Tak n. p. ciepłota, mierzona natychmiast po ukończeniu zabiegu, wynosiła w górnych warstwach mleka 77°, w dolnych tylko 65°.

Hodowla bulionowa laseczki okrężnicy, wstawiona pomiędzy flaszeczki z mlekiem, okazała się po zabiegu pasteryzacyi zupełnie martwą.

Mleko świeże wypasteryzowane i wstawione do cieplarki, okazało się po 24 godzinach zupełnie płynne, podczas gdy to samo mleko niepasteryzowane przedstawiało po tymże czasie zbity skrzep.

Jednakże bulion, zaszczepiony tem wypasteryzowanem mlekiem, zmętniał po 24 godzinach, a wylana z niego płytka przedstawiała prawie czystą hodowlę paciorkowca.

W drugiem doświadczeniu, w którem zastosowałem umyślnie nieco dłuższe ogrzanie tak, iż ciepłota mierzona w mleku wynosiła 81°, zaszczepiony wypasteryzowanem mlekiem bulion po 24 godzinach zdawał się być jałowy, jednakże po 48 godzinach zmętniał również, a wylana płytka przedstawiała ten sam obraz, co poprzednio.

Wreszcie wykonałem doświadczenie następujące: flaszeczki napełnione mlekiem wyjałowiłem i zakaziłem ponownie paciorkowcem, prątkiem duru brzusznego, laseczką okrężnicy i prątkiem zatrucia mięsem, poczem poddawałem mleko pasteryzacyi systemem Contanta. Wszystkie te drobnoustroje okazały się w mleku pomimo pasteryzacyi żywemi.

[26]) Przyrząd ten demonstrowałem w krak. Tow. lekarskim na posiedzeniu w dniu 1 lutego 1905.

[26]) Pediatrie pratique, 1903.

[27]) l. c.

Widzimy zatem, iż wbrew mniemaniu autora tego przyrządu[28]) i jego zwolenników[29]) ciepłota, użyta przez Contanta, nie jest wystarczająca do zabicia w mleku już zwyczajnych drobnoustrojów, nie mówiąc nawet o gruźlicy. Zabieg wykonywany zapomocą tego przyrządu nie jest zatem w ścisłem znaczeniu słowa pasteryzacyą: jestto raczej tak określona przezemnie pasteryzacya względna wraz z wszystkiemi jej cechami, wskazanemi poprzednio, mianowicie opóźnieniem zdolności wzrostu drobnoustrojów i ich zdolności ścinania mleka. Contant zatem, jakkolwiek to nie było jego zamiarem, sporządził przyrząd, służący do pasteryzacyi mleka względnej, a znakomite wyniki, uzyskane zapomocą mleka pasteryzowanego tym przyrządem, potwierdzają to przypuszczenie, które wyraziłem na podstawie poprzednio przytoczonych badań bakteryologicznych, że ogrzewanie drobnoustrojów w mleku nieco poniżej ich granicy śmierci obniża ich własności życiowe do tego stopnia, iż przy zachowaniu odpowiednich warunków nie grozi ustrojowi dziecka z tej strony żadne niebezpieczeństwo. Dlatego też nie podzielam bynajmniej stanowiska Natansona[30]), który, oceniając jeden z przyrządów do pasteryzacyi (przyrząd E. Kobraka), wydaje o nim wyrok ujemny na tej podstawie, iż mleko przy szczepieniu nie okazało się dostatecznie jałowem. Zarzut taki, jak zaznaczyłem już poprzednio, ma znaczenie czysto teoretyczne; z praktycznego punktu widzenia drobnoustroje te (z wyjątkiem gruźlicy), które przeżyją zabieg pasteryzacyi, z powodu niezmiernego obniżenia i zahamowania ich zdolności życia i rozwoju nie mogą być brane w rachubę dla ustroju dziecka. Starając się o ich zupełne wytępienie, nie osiągamy żadnej więcej korzyści; natomiast musimy się wyrzec stanowczo jednego z głównych naszych dążeń, t. j. zachowania biologicznych własności żywego mleka.

Sądzę zatem, że obowiązujące dzisiaj pojmowanie pasteryzacyi mleka dla niemowląt winno uledz zasadniczemu przekształceniu: ubieganie się o połączenie dwóch celów, które z sobą pogodzić się nie dadzą, powinno ustąpić miejsca postępowaniu bardziej racyonalnemu, które określiłem jako pasteryzacyę mleka „względną“. W ten sposób pojęta pasteryzacya w połączeniu z higienicznie urządzoną oborą najbardziej ze wszystkich metod będzie zbliżoną do dzisiejszych ideałów sztucznego żywienia niemowląt.

Na zakończenie niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć podziękowanie prof. Nowakowi, w którego gościnnym zakładzie powyższe badania wykonane zostały.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Teodor Heryng. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani.**

Dzieło to, obejmujące 24 arkuszy druku, ozdobione 137 rycinami, ukazało się r. 1904 w wydawnictwie „Gazety lekarskiej“ w Warszawie. Imię autora jest dostateczną rękojmią ścisłości i dokładności w przedstawieniu rzeczy i pod tym względem z pewnością czytelnik nie dozna zawodu. Zadziwiać tylko może, że laryngolog, który tyle zdziałał w swym zawodzie i który w własnem doświadczeniu znalazłby pewnie jeszcze dosyć materyału do pracy prawdziwie oryginalnej, poświęcił czas i pracę dla napisania tak dużego dzieła o metodach badania i miejscowego leczenia krtani, o lekach i przyrządach do tego używanych, oraz o narzędziach, służących do operowania w krtani, że więc napisał dzieło, w którem nie ma tyle pola do uwydatnienia własnego doświadczenia, ani też własnych zapatrywań na sprawy chorobowe i ich leczenie. Zadziwia to tem bardziej, że najdokładniejszy nawet opis rękoczynów wymagających pewnej wprawy nie zdoła zastąpić ćwiczeń praktycznych pod fachowym kierunkiem; wobec zaś takich ćwiczeń drobiazgowe opisy metod badania i operowania są zbyteczne. Jakby w celu uprzedzenia tego rodzaju uwag ze strony czytelnika i wykazania, że dzieło to odpowiada istotnej potrzebie, podnosi Heryng w przedmowie, że lekarz wychodzi na praktykę bez odpowiednich wiadomości z dziedziny laryngologii, nie spotyka się z nią bowiem na uniwersytecie warszawskim wcale. Kto zatem pragnie się zapoznać z tą gałęzią wiedzy, skazany jest, zwłaszcza na prowincyi, na samouctwo, w którem bardzo odczuwa potrzebę dokładnych wskazówek tak pod względem badania krtani, jak i stosowania w niej miejscowych zabiegów leczniczych. Te wskazówki daje mu właśnie dzieło Heryng'a, a daje je w sposób przystępny, a przytem ścisły i dokładny, zastępując poniekąd kontrolę osobistą nauczyciela, z której samouk korzystać nie może. Obfite ilustracye ułatwiają znacznie zrozumienie rzeczy i dokładne poznanie narzędzi i przyrządów. Tak więc dzieło to odpowiada istotnej potrzebie lekarzy w Królestwie Polskiem i pod tym względem zasługuje przedewszystkiem na uznanie ze stanowiska obywatelskiego. Zasługuje jednak także na uznanie i przedstawienie rzeczy, które odpowiada celowi w zupełności; znać w niem przytem, że pochodzi od laryngologa, który do całej tej budowli nie jedną własną dołożył cegiełkę. Treść dzieła przedstawia się w sposób następujący:

Część I. obejmująca „Metody badania“, rozpoczyna się krótkim rysem historycznym, w którym autor wspomina o wynalezieniu laryngoskopii i laryngoskopijnych metod leczenia, a w końcu wymienia lekarzy polaków, pracujących w laryngologii. Potem przedstawia wcale dokładnie anatomię krtani i tchawicy, ilustrując ją rycinami z dzieł Luschki i Zuckerkandla. Następny rozdział tworzy „Laryngoskopia“; tu autor omawia różne rodzaje światła, dającego się użyć do badań krtani, oraz reflektory i przyrządy oświetlające, ilustrując własny i Krausego. Następnie opisuje wzierniki krtaniowe, a mówiąc o obrazach powiększonych, poleca zwierciadełka pryzmatyczne Hirschberga. Dalej mowa o badaniu krtani z dokładnem przedstawieniem techniki laryngoskopijnej, poczem następuje badanie jamy ust i gardła. Następnie przedstawia autor obraz laryngoskopijny, omawiając dokładniej jego szczegóły, a potem podaje „Kilka uwag co do fizyologii krtani“, uwzględniając rozwarcie i zwarcie głośni, oraz zamknięcie wejścia krtani; w końcu omawia niezwykłe trudności, na jakie badanie laryngoskopowe napotykać może. W następujących rozdziałach opisuje Heryng „szczególne metody badania“, rozpoczynając od badania laryngoskopem tylnej ściany krtani. W dalszym ciągu opisuje autoskopię Kirsteina, a następnie badanie tchawicy zapomocą laryngoskopu, które nazywa tracheoskopią. Tutaj wspomina także o badaniu przez przetokę tchawiczą po tracheotomii tak zapomocą małych lusterek, jak i mojemi prostemi rurkami. Zauważyć tu muszę, że rurek Zaufala nie używam, jak to Heryng podaje, u dorosłych, lecz podobnie, jak wzierników usznych, używałem ich po odpowiedniem skróceniu dawniej u małych dzieci; u dorosłych, a nawet u dzieci starszych, używam rurek, które są znacznie szersze, niż rurki Zaufala. W dalszym ciągu przedstawia Heryng w krótkości „bronchoskopię“ Killiana, zazna-

[28]) l. c.

[29]) Ausset: Pediatrie pratique, 1903. Roux: Diverses methodes de sterilisation du lait (Ped. pratique 1 novembre, 1904). Tournay: Stérilistion et pasteurisation du lait etc. (Ped. pratique 1 Novembre, 1903).

[30]) l. c.

czając różnicę pomiędzy wprowadzaniem prostej rurki do tchawicy, a do samych oskrzeli, przyczem jednak nie używa nazwy „tracheoskopia“, odnosząc ja do badania tchawicy laryngoskopem lub przez ranę tracheotomijną. Mojem zdaniem właściwiej jest nazywać laryngoskopowaniem tchawicy badanie jej zapomocą laryngoskopu, a nazwy „tracheoskopia“ używać przy badaniu jej zapomocą prostych rurek, zależnie zaś od tego, czy rurkę wprowadzamy do tchawicy przez krtań, czy przez przetokę tchawiczą (po tracheotomii), rozróżniać należy „tracheoskopię górną“ i „dolną“, podobnie jak rozróżniamy górną i dolną bronchoskopię. Następnie omawia Heryng prześwietlanie krtani, autolaryngoskopię, demonstracyę obrazu krtani, badanie dzieci i osób obłożnie chorych, a w końcu badanie krtani zewnętrzne, zapomocą palca i zapomocą zgłębnika. Potem spotykamy uwagi o nabywaniu wprawy w badaniu i wykonywaniu odpowiednich rękoczynów, przyczem autor wspomina różne fantomy do ćwiczeń, a między nimi fantom własny, dający się urządzić bardzo tanim kosztem. Cały ten dział kończą uwagi o celu i zakresie miejscowego leczenia.

Część II dzieła obejmuje „Metody lecznicze nieoperacyjne“. Rozpoczyna je rozdział o wziewaniach, w którym Heryng rozbiera, jak daleko do dróg oddechowych płyny rozpylone dostać się mogą. Przytacza on tu pracę Smoleńskiego w „Przegl. lek.“ z r. 1880; potem podaje własne doświadczenia, które zgodnie z wynikami tej pracy i nowszemi badaniami Emmericha i Bullinga dowodzą, że płyny wdychane dostać się mogą do samych pęcherzyków płucnych. Omówiwszy następnie działanie wziewań, przechodzi do opisu różnych przyrządów inhalacyjnych; po przyrządach służących do wziewań chłodnych idą przyrządy parowe Sieglego, (którego nazwisko jest mylnie „Siegel“ zamiast „Siegle“ podane), a w końcu przyrządy Jahra. Nie spotykamy tu żadnej wzmianki o kociołku z giętką rurą, który pod nazwą przyrządu Mutkyego jeszcze przed kilkudziesięciu laty był używany do wziewania pary i środków przechodzących w parę. Rozdział ten kończy zestawienie środków do wziewań używanych z omówieniem ich działania. Następują płukania, przy których Heryng uwzględnia także t. zw. płukania krtaniowe według Guiniera, które miał sposobność w jednym przypadku skontrolować laryngoskopem; potem podaje środki do płukań używane. Mówiąc następnie o pendzlowaniu krtani, podaje i własny pendzelek, poczem przechodzi środki do pendzlowania używane, a kończy omówieniem wkraplania płynów do krtani. W podobny sposób przedstawia następnie wdmuchiwanie proszków do krtani, ilustrując między innemi i własne dmuchadło (insuflator); potem idą leki do wdmuchiwań używane. W następnym rozdziale omawia środki żrące i sposoby stosowania ich w krtani. Dalej pod tytułem „Metody fizykalne“ mówi o zastosowaniu elektryczności do celów leczniczych, tłómacząc na wstępie niektóre zasadnicze pojęcia z nauki o elektryczności. Następnie, omówiwszy akumulatory, przechodzi do galwanokaustyki; pouczającym jest przytoczony tu z własnej praktyki przypadek. — Następuje elektroliza, omówiona pod względem fizykalnym i co się tyczy stosowania jej w celach leczniczych w krtani; spotykamy też i tu rysunek rączki i elektrod autora. Rozdziały o elektryczności kończy faradyzacya i galwanizacya, poczem następuje mięsienie krtani.

Część III obejmuje „Chirurgię śródkrtaniową“. Tu po wstępnych uwagach omawia autor znieczulanie miejscowe, uwzględniając przedewszystkiem kokainę, a po niej tropokokainę i eukainę. Następnie omawia antypirynę, ortoform i anestezynę, a przedstawiwszy działanie adrenaliny, opisuje uśpienie bromkiem etylu. Następne rozdziały poświęca autor odkażaniu, w zastosowaniu do operatora, jego asystentów i chorego, do narzędzi, środków opatrunkowych i leków. Mówiąc dalej o „powikłaniach przy operacyach śródkrtaniowych“, uwzględnia krwotoki i „napady nagłego zaduszenia“, a potem omawia „tracheotomię w nagłych wypadkach“. Następują uwagi co do leczenia pooperacyjnego, a w końcu dotyczące operacyi śródkrtaniowych wogóle. Drugą połowę tej części stanowią „Narzędzia śródkrtaniowe“, przedstawione starannie w rozmaitych rodzajach i ich odmianach; pomiędzy niemi spotykamy też narzędzia, podane przez autora. Narzędzia te ilustrują odpowiednie rysunki, a przy ich opisie spotykamy praktyczne wskazówki, dotyczące techniki operacyjnej w krtani.

W każdej z tych trzech części znajdujemy przedstawienie rzeczy bardzo dokładne i szczegółowe, w całości jednak uderza nas brak rozdziału o systematycznem rozszerzaniu zwężeń krtani, równie jak i o jej intubacyi. Odpowiednio do tytułu dzieła należało uwzględnić i te metody leczenia; jeżeli zaś autor chciał je pominąć, to powinien to był, jeżeli nie w tytule, to w przedmowie zaznaczyć. Na końcu dzieła znajdujemy opis fantomu i wskazówki do urządzenia go z kartonu dodanego w tym celu.

Po tem wszystkiem spotykamy rozdział „O nowych metodach i nowych aparatach inhalacyjnych“. Nie będąc z dawnych przyrządów zadowolonym, podjął Heryng cały szereg doświadczeń, na podstawie których wykonał przedstawione poniżej własne przyrządy inhalacyjne. Najważniejszą w nich rzeczą jest możność regulowania ciepłoty wziewań, do czego służy „termoregulator“ i „termoakumulator“ autora. Pierwszy polega na rozszerzaniu i zwężaniu szpary, którą powietrze dopływa do rury, odprowadzającej prąd pary i cieczy rozbryzganej. Im więcej powietrza przepływa, tem większe ochłodzenie; tak więc przez odpowiednie rozszerzenie lub zwężenie szpary możemy regulować ciepłotę u wylotu rury pomiędzy 35° a 60° C. Termomultiplikatorem zaś nazywa Heryng rurę wygiętą w kształcie liry, po założeniu której ciepłota tak się podnosi, że, nawet przy nastawieniu termoregulatora na 35° C, u wylotu rury osiąga 55°—60° C. Heryng podnosi, że możność regulowania ciepłoty pozwala na stosowanie termoterapii w drogach oddechowych, wysokość zaś ciepłoty ułatwia przejście w parę środków o wysokim punkcie wrzenia. Dalej zastanawia się nad działaniem wziewań w chorobach samych płuc, a następnie podnosi łatwą resorbcyę, jaka w płucach następuje. Omówiwszy potem przyrządy dla wziewalń ogólnych, opisuje przyrządy Wassmutha, Heyera i własny. W końcu zaleca używanie wziewań w suchotach płucnych, licząc na ich działanie, jeżeli już nie na prątki gruźlicze, to na towarzyszące im drobnoustroje ropne. Wreszcie wspomina o (podanem przez niego już dawniej) wpuszczaniu płynów ogrzanych na 38° C do tchawicy, które spływając do płuc, ulegają wessaniu; wybitne działanie lecznicze środków, stosowanych w ten sposób, stwierdził on na jodku potasu i piramidonie.

W części tej nie chodzi Heryngowi o zestawienie metod i przyrządów znanych i uznanych, lecz o przedstawienie pomysłów własnych; to też część ta stanowi osobną rozprawę, która autor dołączył do gotowego już dzieła. Oryginalną jest ścisła regulacya ciepłoty, jak również zakładanie wygiętej rury (liry) dla podniesienia ciepłoty pomimo przepływania przez nią powietrza (w rurze przyrządu Mutkyego ciepłota jest wcale wysoka, nie przepływa jednak powietrze przez rurę). Oryginalną myślą autora jest też jego „termoterapia“, równie jak i miejscowe leczenie chorób samych płuc, czy to wziewaniami, czy to wlewaniem leków do tchawicy; oryginalną wreszcie jest myśl używania płuc za drogę do wprowadzania w ustrój leków rozpuszczonych (t. j. nieznajdujących się w stanie gazowym). Rzeczywistą wartość tych pomysłów przyszłość dopiero na podstawie faktów ocenić pozwoli, dziś jednak mamy prawo się spodziewać, że przyczynią się one do rzeczywistego postępu w leczeniu dróg oddechowych, a może i całego ustroju.

Prof. Dr. Pieniążek.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. L. E. Bertrand. **Łupież pstry klatki piersiowej, jako pośredni objaw początkowy gruźlicy płuc.** (*La semaine médicale*, 1905, Nr. 15). Na podstawie ciągłych spostrzeżeń stwierdza autor, że łupież pstry (*pityriasis versicolor*) występuje na klatce piersiowej u jednostek, które uległy schudnięciu, o lichej budowie ciała, często ulegających zaziębieniu i kaszlących, u których nadto wypuk i przysłuch pozwala stwierdzić nieznaczne początkowe zmiany gruźlicze w płucach. Ten stosunek przytoczonego cierpienia skóry z zajęciem płuc, podobny do związku, istniejącego między wielokrotnymi czyrakami skóry, a moczówką cukrową, pozwala uważać łupież pstry za początkowy objaw gruźlicy płucnej i nakłada na lekarzy obowiązek zastosowania środków zapobiegających gruźlicy u jednostek, dotkniętych tem cierpieniem skórnem. *Dr. Blassberg.*

D. Rothschild. **O przewlekłem zapaleniu płuc w przebiegu chorób serca.** (*Berliner klin. Wochs.*, Nr. 13, 1905). Doświadczenia Rokitańskyego, iż niektóre choroby serca i płuc nawzajem się wykluczają, potwierdza pod pewnymi względami nowsza statystyka. Utrudniony odpływ krwi żylnej z płuca utrudnia w wysokim stopniu powstanie zaburzeń płucnych, co stanowi właśnie podstawę leczenia sposobem Biera na zasadzie przekrwienia zastoinowego; tylko tak możemy sobie wytłómaczyć znakomitą odporność, jaką posiadają wobec gruźlicy chorzy ze ścieśnieniem zastawki dwudzielnej, natomiast ścieśnienie ujścia tętnicy płucnej wywołuje wprost skłonność do gruźlicy. Zbawienne działanie werandowania polega też po części na przekrwieniu płuc, wywołanem ciągłem leżeniem. Oprócz gruźlicy kombinują się wszystkie inne postacie przewlekłego zapalenia płuc bardzo często z wadą serca; tak samo rzecz się ma ze sprawami zapalnemi osierdzia i opłucnej. R. leczył w ostatnich latach 5 osobników, cierpiących równocześnie na zapalenie osierdzia, a względnie mięśnia sercowego, prócz tego na zapalenie opłucnej i dolnego płatu płucnego tej samej strony. Uważając te zmiany za przewlekłe zwyrodnienie włókniste błon surowiczych z następowem zajęciem tkanki łącznej płuca, autor nie zna żadnego środka, działającego dodatnio na samą sprawę; stosuje objawowo jodek potasu, kąpiele cieplne, zawierające CO_2, odpowiednie wdychiwania i inne leki sercowe, w podobnych razach używane. *Korm.*

Władysław Sterling (Warszawa). **Przyczynek do nauki o chorobie Morvana i powstawaniu jam.** (*Zeitschrift f. klin. Med.*, T. 56, Z. 5 i 6, 1905). Skreśliwszy w sposób jasny i wyczerpujący obraz kliniczny choroby Morvana i zapatrywanie się różnych badaczy na jej istotę, rozstrzyga autor pytanie, czy chorobę Morvana należy uznać za odrębną jednostkę chorobową, czy też złączyć ją z syryngomyelią. Na podstawie całego obrazu i przebiegu klinicznego, zmian anatomicznych i histologicznych w rdzeniu przechyla się autor stanowczo do ostatniego zapatrywania, odrzucając również hipotezę o związku przyczynowym między trądem a jamistością rdzenia (syryngomyelią), względnie jej odmianą: chorobą Morvana. Wprawdzie trąd może czasem przedstawiać bardzo podobny obraz chorobowy, co i jamistość rdzenia, względnie choroba M., jednakże na podstawie ścisłego i dokładnego różniczkowania można obie sprawy doskonale od siebie odróżnić. Co się tyczy patogenezy, to autor, opierając się na bardzo ściśle i dokładnie pod względem histologicznym przez siebie badanym przypadku choroby M., przypuszcza, że przynajmniej pewna część jam i szczelin rdzenia (o ile nie są pokryte wyściółką komórkową — *ependyma* — i nie pozostają w bezpośrednim związku z kanałem środkowym), powstaje skutkiem tego, że wrastające z obwodu rdzenia do tkanki białej łącznotkankowe przegrody wywołują dokoła siebie bujanie gleju (neuroglii), który następnie kurcząc się i ściągając, powoduje tworzenie się większych lub mniejszych szczelin wewnątrz przegród. *Wilczyński.*

Prof. E. Neusser (Wiedeń). **Dusznica bolesna.** (*Ausgewählte Kapitel der klin. Sympt. und Diagnostik.* Nr. 2. Wiedeń. Braumüller, 1904). Najważniejszy objaw dusznicy: ból może się umiejscowiać nie w zwykłem miejscu pod mostkiem, ale drogą rozpromienienia się powstaje w odległych często okolicach, n. p. wątroby, nerek, żołądka, co lekarza bardzo łatwo przy rozpoznawaniu może w błąd wprowadzić. Równocześnie sam rodzaj i natężenie bolu, jakoteż podmiotowe uczucie śmiertelnej trwogi, a dalej tor oddechowy, liczba i napięcie tętna, mogą podczas napadu przedstawiać rozmaite zboczenia i odmiany. Zgodnie z teoryą Potaina i Hucharda upatruje autor w zwężeniu tętnic wieńcowych powstałem czyto na tle miażdżycy z najrozmaitszych powodów, czy też skutkiem rozległych zrostów worka osierdziowego z mięśniem sercowym, najważniejszą i podstawową przyczyną dusznicy bolesnej. Kliniczne spostrzeżenia, a mianowicie występowanie dusznicy bolesnej w napadach, zwłaszcza po wysiłkach fizycznych, jedzeniu, zadziałaniu zimna, wzruszeniach psychicznych i t. d. wskazują, że samo mechaniczne zwężenie naczyń wieńcowych nie jest jedyną przyczyną napadu, lecz że podobnie, jak w obrębie kończyn dolnych dla opisanej przez Erba *dysbasia intermittens arteriosclerotica*, przyjąć musimy, że aby napad przyszedł do skutku, koniecznie potrzebnym jest obok stale utrzymujących się zmian naczyniowych, jeszcze i dołączający się, chwilowo czynny skurcz naczyniowy; oczywiście stać się to może tylko wtedy, kiedy dotknięte wprawdzie miażdżycą naczynia wieńcowe serca posiadają jednak jeszcze dostateczny zasób elastyczności; z chwilą, gdy miażdżyca tętnic bardzo daleko się już posunie i zamieni naczynia w twarde i niepodatne przewody, wówczas napady dusznicy bolesnej ustąpić mogą zupełnie, a miejsce ich zajmuje obraz niedomogi mięśnia sercowego. Oddzielną etyologicznie grupę dusznicy bolesnej stanowią te przypadki, w których miażdżycy w obrębie tętnic wieńcowych się nie spotyka, a gdzie jedyną przyczyną napadów są bądź zmiany zapalne (n. p. w następstwie chorób zakaźnych) w splocie nerwowym aorty, lub tętnic wieńcowych (*plexus aorticus et coronarius*), bądź ucisk na powyższe sploty (n. p. przez rozszerzoną aortę lub tętniak, powiększone gruczoły lub nowotwory śródpiersia); tutaj też należą rzadkie zresztą przypadki dusznicy bolesnej w przebiegu wiądu rdzenia (analogiczne do *crises gastriques*) lub kiły.

Czynnościowa (t. zw. wrzekoma = *pseudoangina*), nie polegająca na żadnych zmianach anatomicznych, czyto w splotach nerwowych, czy też w naczyniach, — dusznica bolesna może mieć również tło bardzo rozmaite; spotykamy ją w przebiegu ogólnych nerwic, n. p. histeryi, neurastenii (u lekarzy i studentów t. zw. *anginophobia*, w zatruciach, zwłaszcza nikotyną); bardzo często napad powstaje odruchowo, a punktem jego wyjścia mogą być różne obwodowe nerwobole, schorzenia w zakresie jamy brzusznej, jako to: niestrawność, wrzód żołądka, kamica żółciowa, cierpienia narządów płciowych u kobiet, zwłaszcza w okresie przekwitania i t. d. W rozpoznaniu należy wyodrębnić nietylko inne podobne stany chorobowe, jako to: dychawicę sercową, oskrzelową, nerwobole splotu barkowego, lub nerwu przeponowego, ale przedewszystkiem uwzględnić należy tło przyczynowe; jasną bowiem jest rzeczą, że zupełnie odmienne rokowanie być musi w dusznicy bolesnej, powstałej na tle miażdżycy tętnic wieńcowych, a inne w dusznicy wrzekomej. *Wilczyński.*

Kurpjuweit. **O śmiertelnych niedokrwistościach w wieku starczym.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T. 82, Z. 56, 1905). W klinicznym obrazie niedokrwistości złośliwej zdarzają się czasem liczne pod niejednym względem odmiany i wyjątki, odbiegające w różnych kierunkach od ogólnie przyjętego typu. Między innemi przydarza się czasem w wieku starczym pierwotna, bez wyraźnej etyologicznej przyczyny przewlekła niedokrwistość złośliwa z obrzękiem śledziony, mierną poikilocytozą, a znaczną leukopenią, w przebiegu której nie pojawiają się we krwi wcale pierwiastki, świadczące o zadrażnieniu szpiku kostnego. Niedokrwistość ta przebiega z gorączką ciągłą lub przepuszczającą, niekiedy nawet wysoką, a kończy się śmiertelnie. Objawy skazy krwotocznej występują stosunkowo późno i tylko w nieznacznej mierze. Szpik kostny okazuje zupełny zanik. *Wilczyński.*

Zeitner. **Rytmiczne, od tętnienia zależne ruchy głowy** (t. zw. objaw Musseta) **w chorobie Basedowa.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 19, 1905). Objaw Musseta, polegający na rytmicznych ruchach głowy, równoczesnych, z tętnem, spotykano dotychczas w niedomykalności tętnicy głównej, przy tętniakach łuku tej tętnicy i w ogólnej miażdżycy. Autor spostrzegał objaw ten w czterech przypadkach choroby Basedowa. Tłómaczenie znaczenia tego objawu dotychczas nie jest wystarczające, ani też nie daje się zastosować do występowania objawu Musseta w chorobie Basedowa. I tak n. p. objaśnienie Valentina, że cofanie się krwi przy rozkurczu jest powodem tego objawu, albo Delpeucha, że krew podczas skurczu wepchnięta do łuku aorty usiłuje łuk ten wyprostować, a ruch ten łuku przenosić się ma na głowę, niema usprawiedliwienia w chorobie Basedowa. Również nieprawdopodobnem jest twierdzenie Herzoga, jakoby ruchy tętniące mózgu, powstające skutkiem wielkich różnic w ciśnieniu krwi między skurczem, a rozkurczem, przenosić się miały na głowę. Wedle autora odbywają się ruchy głowy w płaszczyźnie czołowej, a więc około osi, przechodzącej przez stawy głowy i kręgowe, a pochodzić one mogą albo wskutek ciśnienia głowy ku dołowi, albo ku górze. Otóż istniejące w chorobie Basedowa tętno szybkie (*pulsus celer*) powoduje wedle autora ciśnienie z dołu ku górze, mianowicie silne, skurczowe rozszerzenie się wielkich naczyń wywołuje ścieśnienie przestrzeni okolicy pod-

szczękowej, czego następstwem ma być cofnięcie się głowy ku górze, podczas gdy w czasie rozkurczu głowa na mocy swej ciężkości opada na dół. *Hermelin* (Lwów).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. C. Knoop. **Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w jamie macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 19). K. opisuje dwa przypadki tego rodzaju. W pierwszym z nich skierował lekarz domowy 57-letnią chorą do kliniki z podejrzeniem raka trzonu macicy. Zawsze poprzednio zdrowa straciła chora przed 10 laty regularność, a od 14 dni miewa odchody ropiaste. Z drobnego ujścia wydobywała się brunatna, cuchnąca wydzielina. Przed postanowioną skrobanką wykryto zgłębnikiem jakieś chropawe, twarde ciało w jamie trzonu, poczem wydobyto z łatwością zapomocą łyżeczki szpilkę podwójną zardzewiałą, kruchą. Dodatkowe wywiady wykazały, że jeszcze przed 6 laty wymknęła się chorej taka szpilka rzekomo w czasie wycierania upławów zapomocą papieru, na szpilkę nawiniętego. Przez tak długi czas zatem pozostawało ciało obce spokojnie i bez objawów w jamie macicy, aż przed dwoma tygodniami wywołało stan zapalny. Badanie pęcherza i odbytnicy nie wykazało nic, coby świadczyć mogło za przebiciem szpilki z tej strony do macicy. Drugi przypadek dotyczy rodzącej, u której położna rozpoznała położenie miednicowe, pęcherz stoi, tuż obok kości krzyżowej płodu, lecz poza obrębem błon płodowych znajduje się w jamie szyi 3—4 ctm. ponad ujściem zewnętrznem ciało miękkie, pod palcem ustępujące. Ciało to, wydobyte z łatwością zgiętym palcem, było cuchnącym zwitkiem papieru gazetowego, wielkości orzecha laskowego. Chora używała dla zapobiegnięcia zastąpienia tamponów z papieru, a jednego z nich nie zdołała wydostać z powrotem. Stało się to jeszcze przed ostatnią ciążą. Połóg przebiegł bez zaburzeń. Sposób wprowadzenia tamponu tak wysoko pozostaje dość zagadkowym. Przypadek podobny do drugiego opisał Czarnecki z Gniezna. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **W sprawie metod, sprowadzających niepłodność.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 19). Küstner ogłosił dwa przypadki, w których przy sposobności waginofikacyi usunął, celem sprowadzenia niepłodności, po 2—3 ctm. odcinka macicznego obu trąbek, wyciął kliny z rogów macicznych, zaszył ranę i pokrył otrzewną, a mimo to chore zastąpiły i musiały się z obawy przed pęknięciem macicy poddać cięciu cesarskiemu. Nawiązując do tego ogłoszenia, podaje R. podobny przypadek, świadczący o niepewności metod, stosowanych dla sprowadzenia niepłodności. Kobieta z miednicą płasko-krzywiczą miewała porody ciężkie. Pierwszy z nich skończono wymóżdżeniem po wypadnięciu pępowiny; drugi raz wywołano poród przedwczesny, który dał dziecko nieżywe; przy trzecim uzyskano po cięciu cesarskiem płód żywy, który zmarł po pięciu tygodniach; przy czwartym wykonano znowu cięcie cesarskie, po którem dziecko się chowa, — lecz tym razem zastrzegła sobie chora równoczesne sprowadzenie sztucznej niepłodności. Uznając słuszność życzenia chorej, podwiązano podwójnie jedwabiem obie trąbki, wycięto z nich po 2 ctm. i wszyto kikuty od strony macicy w fałdy otrzewnej przy rogach macicznych. W rok po zabiegu przedstawia się chora znowu w ciąży, przedkładając z oburzeniem pisemne zapewnienie ze strony asystenta, że po operacyi na ponowną ciążę narażoną nie będzie. Ponieważ chora na cięcie cesarskie się nie zgodziła, wzniecono poród przedwczesny, który dał płód nieżywy. Przypadki te i tym podobne świadczą o niedokładności metod operacyjnych i o tem, że kikut przeciętej trąbki jest w stanie tak samo jaje przyjąć, jak to się dzieje przy pomocy lejka. Słusznie proponuje Küstner usunięcie w takich przypadkach trąbek w całej rozciągłości, wycięcie zarazem głębokich klinów z rogów macicznych i pokrycie ran otrzewną. Jeżeli się, nawet wycinając klin, nie natrafi na całej przestrzeni na trąbkę, to zawsze stwarza się w danym razie ponad nią silną bliznę. *B. Wojciechowski.*

H. Fuchs. **W sprawie operacyi Alexandra-Adamsa.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 20). Wbrew zdaniu Fehlinga twierdzi autor, opierając się na 220 przypadkach kliniki kilońskiej, że wyszukanie więzadła okrągłego w samym przewodzie pachwinowym jest pewniejsze, niż w pierścieniu zewnętrznym, gdyż posiada ono w tem miejscu swą średnią grubość, podczas gdy w pierścieniu zewnętrznym zaczyna się wachlarzowato rozszerzać. Omija się ponadto tłuszcz Imlacha, przeszkadzający zazwyczaj znacznie w wyszukaniu więzadła, a wreszcie natrafia się łatwiej na nerw biodrowo-pachwinowy, służący za drogowskaz. W przypadkach tak silnego tyłozgięcia macicy, że zwykłe podciągnięcie więzadła nie poprawia jeszcze jej położenia, ma operator łatwy dostęp do lejka otrzewnego, po którego otwarciu może ze śródotrzewnej części więzadła wyciągnąć tyle, ile potrzeba i przyszyć do niego otrzewnę w innem miejscu. Na 220 przypadków otwierano przewód wprost 144 razy. Doświadczenie poucza, że także bardzo słabo rozwinięte więzadła stosunkowo bardzo łatwo wyosobnić się dają; gdzie zaś trudności są zbyt duże, tam chodzi zawsze o nieprawidłowe stosunki, jak zbyt silny rozwój tłuszczu w przewodzie, otwarty uchyłek Nucka lub stary worek przepuklinowy, żylaki sprowadzające krwawienie, lub przyczepienie się więzadła do fałdu otrzewnego. W razie pobłądzenia zdarzają się przy obu metodach uszkodzenia uboczne, jak krwotok tętniczy, lub nawet uszkodzenie pęcherza. Dokładne tamowanie krwotoku zapobiegać powinno krwiakom, o jakich wspomina Zweifel. Do uszkodzenia nerwu biodrowo-pachwinowego, które z trudnością uniknąć się daje, nie należy przywiązywać większego znaczenia, gdyż wyjątkowo tylko zdarza się wyraźniejsza bolesność w późniejszej bliźnie. Ropienie, które F. widział częściej po poprzedniej plastyce pochwowej, aniżeli po samej operacyi A. A., zniewoliło go do operowania po plastyce w rękawiczkach gumowych. Przepukliny lub choćby skłonności do niej nigdy F. u badanych później 69 chorych nie zauważył. W 14·1% stwierdził F. nawrót tyłozgięcia. W przypadkach tych atoli albo więzadło było zbyt słabe, albo też chodziło o tyłozgięcie przyrośnięte, gdzie macicę przed zabiegiem lub wśród niego nagle odprowadzono. Ostatni rodzaj przypadków nie nadaje się zatem zupełnie do operacyi A. A. U 6 operowanych pozostała macica także po porodzie w przodozgięciu. Przypadki powikłane obniżeniem lub wypadnięciem pochwy wymagają waginofiksacyi Dührssena, lub operacyi plastycznej Wertheima z użyciem samej macicy; — operacya zaś A. A. w roli aktu pomocniczego nie ma tu wartości. Jako jedyne wskazanie do operacyi A. A. pozostaje wolne tyłozgięcie macicy, o ile wymaga ono zabiegu; wówczas jednak oddaje ta metoda znakomite usługi. *B. Wojciechowski.*

L. Pincus. **W sprawie anatomii i przyczyny powstawania obrzęku mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego u noworodków.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 20). Badania nowsze wykazały tu 2 etyologicznie różne cierpienia. W rzadszych przypadkach odgrywa główną rolę uszkodzenie mechaniczne podczas porodu, poczem powstaje krwiak i następowo zapalenie śródmiąższowe mięśnia; w przeważnej zaś liczbie jest zapalenie mięśnia czemś wczesnem, istniejącem już w łonie matki. W 65% spostrzeżono cierpienie to po porodach miednicowych, w 35% po czaszkowych. Uderzającem jest, jak często obrzęki rzeczonego mięśnia widuje się po zupełnie prawidłowych, a nawet bardzo szybko przebiegających porodach czaszkowych. P. opisuje przypadek, w którym u dziecięcia płci żeńskiej, wagi 2915 grm., urodzonego prawidłowo w położeniu czaszkowem, spostrzeżono od drugiego dnia życia zgrubienia w lewym mięśniu m. s. o. bez skrzywienia szyi. Po 14 dniach dziecię zmarło z powodu nieżytu przewodu pokarmowego, a badanie drobnowidowe wykazało zapalenie mięśnia włókniste obok świeższych ognisk zapalnych, — ani śladu zaś barwika krwi. Kiłę można było wykluczyć. Wszystko przemawia za tem, że chodziło tu o dawny proces zapalny, który może pod wpływem porodu uległ zaostrzeniu. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Dr. Cohn. **Dalsze uwagi o stosowaniu radu w jaglicy.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Wyniki pomyślne doświadczeń, jakie Cohn przeprowadził z radem w leczeniu jaglicy, spowodowały, że autor ten zachęca do dalszego próbowania tego środka. Nie zraża się on spostrzeżeniami Birch-Hirschfelda, który zauważył u królika szkodliwe zmiany pod wpływem radu na powiekach, rogówce i w nerwie ocznym. Birch-Hirschfeld stosował rad w ilości 20 miligramów przez 3—6 godzin; Cohn zaś stosuje 1 miligram przez 1—2 minut, przeświecając ziarna jaglicze. Rad umieszczał on w rurce szklanej 3 mm. długości i tę rurkę z radem przykładał do ziarn jagliczych. Szkodliwe działanie radu w doświadczeniach Birch-Hirschfelda przypisać należy długiemu działaniu i znacznej ilości radu. Cohn wskazuje na doświadczenia Heinecka, który, używając radu, doprowadzał do szybkiego zaniku mieszki limfatyczne jelita, ten jednakże używał 20 miligramów radu i działał przez 5 minut wprost na kępki Peyera. *Berezowski.*

Dr. Holz. **Wyleczenie dwóch przypadków obustronnego trzeszcza i przypadku pląsawicy przez usunięcie wybujałości gruczołowatych.** (*Berl. klin. Wocheńschrift*, Nr. 4, 1905). Autor opisuje dwa przypadki trzeszcza, gdzie przyczyną powstawania były wyrośle gruczołowate. Chory siedemnastoletni chłopiec z objawami dychawicy, z zanikiem fałdów nosowo-policzkowych, z mową bezdźwięczną i takiem ogólnem wejrzeniem, że można było przypuszczać obecność wyrośli gruczołowatych. Badanie jamy nosowej stwierdziło to podejrzenie. Wysadzenie gałek ocznych występowało obustronnie, wybitniej po stronie prawej, gdzie także wyraźniej zaznaczały się objawy Stellwaga i Graefego. W narządzie krążenia i narządach wewnętrznych zmian żadnych. Z usunięciem wybujałości gruczołowatych ustąpił trzeszcz zupełnie. Po dwóch latach nastąpił nawrót, lecz po powtórzonym zabiegu operacyjnym,

t. j. po usunięciu migdałka nadliczbowego trzeszcz gałek ocznych ustał. W innym przypadku po usunięciu migdałka i wyrośla gruczołowatego, gdzie podobnie, jak poprzednio, żadnych nie było zmian zapalnych, trzeszcz również na zawsze ustąpił. Samo usunięcie migdałków było bez wpływu na wysadzenie gałek ocznych. W tym przypadku objaw Graefego i Stellwaga występował tylko po stronie prawej. Wreszcie wspomina autor o przypadku pląsawicy, uleczonym również przez usunięcie wyrośli gruczołowatych. *Berezowski.*

Dr. J. Fejer. **Eumydrina, jako środek rozszerzający źrenicę.** (*Heilkunde*, Nr. 3, 1905). Eumydrina, jako środek rozszerzający źrenicę, ma być wolną od ujemnych stron, jakie okazują inne do tego samego celu służące leki. Brak jej własności trujących, nie działa tak długo, jak n. p. atropina i nie wywołuje mieszkowego zapalenia spojówki. Działanie jej na źrenicę występuje szybko. Prawdopodobnie nie podnosi ona ciśnienia śródocznego, potrzebne są jednak dalsze badania w tym kierunku. Eumydrinę uzyskał prof. Dreser z siarkanu atropiny i twierdzi, że nie działa ona trująco na ośrodkowy układ nerwowy, a działa natomiast skutecznie na nerwy obwodowe. Fejer stosuje eumydrinę w rozczynach 1, 2, 5% przy wrzodach rogówki, zapaleniu tęczówki i tkanki natwardówkowej i zachęca do używania tego środka. *Berezowski.*

OTYATRYA. Burkner. **O leczeniu chorób usznych nerwowych.** (*Deutsche med. Wochen.* 1905, Nr. 3). Choroby układu nerwowego w narządzie słuchu są przeważnie chorobami następowemi wskutek chorób śródusza lub innych chorób ogólnych; dlatego w leczeniu chorób układu nerwowego w narządzie słuchu koniecznem jest leczenie chorób przyczynowych. Co do leczenia miejscowego, to wogóle niewiele się możemy po niem spodziewać. W przypadkach, gdzie przypuszczamy przekrwienie błędnika, zaleca się spokój i unikanie wszystkiego, coby mogło sprowadzić większy dopływ krwi do głowy. Przedmuchiwanie ucha jest przeciwwskazane. W przypadkach niedokrewności błędnika, jaka spotyka się w niedokrewności, białaczce, znaczniejszych krwotokach, jedynie ogólne leczenie może usunąć objawy ze strony słuchu. Czasem nięsienie ucha usuwa przynajmniej na pewien czas dolegliwości, prawdopodobnie wskutek sztucznie wywołanego przekrwienia. Co do zapaleń błędnika, to oprócz zupełnego spokoju zaleca się zimne okłady na głowę i okolicę ucha, jakoteż środki odciągające krew. Nieraz dobrze działają wstrzykiwania podskórne pilokarpiny 2% 2—4 kropli lub 4—6 kropli na wewnątrz. Strychniny B. nie radzi używać. Tak zwana choroba Meniéra bywa wywoływana przez rozmaite choroby śródusza i ogólne, i te przedewszystkiem należy uwzględnić przy leczeniu. W tych przypadkach, w których przyczyną objawów Ménićrea jest wynaczynienie w błędniku, jak to miało miejsce w pierwszych przypadkach, opisanych przez Meniérea, zaleca się podskórnie polikarpinę, a na wewnątrz jod i brom. We wszystkich przypadkach koniecznem jest pozostanie w łóżku przez pewien czas, nawet po ustąpieniu objawów. Co do szumów usznych, to, jeżeli poza tem niema żadnych zmian w narządzie słuchu, przyczyna ich jest nerwowa i odpowiednio do tła musi być stosowane leczenie. W przypadkach nerwobolów ucha (*neuralgia plexus tympanici*) musimy zbadać jamę ustną i gardło, gdyż bardzo często choroby tych części powodują nerwobole ucha; w przypadkach, gdzie tło jest czysto nerwowe, stosowanie antypiryny, fenacetyny, aspiryny, daje nieraz dobre wyniki. *Zalewski.*

Grunert i Dallmann. **Sprawozdanie roczne z kliniki usznej w Hali.** (*Archiv f. Ohrenh.*, Tom 62, 1905). W sprawozdaniu swem G. i D. zwracają uwagę, jak niepewne daje wyniki nakłucie lędźwiowe przy rozpoznaniu powikłań mózgowych pochodzenia usznego. W jednym przypadku rozpoznano zapalenie ropne opon mózgowych, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, otrzymany przez nakłucie lędźwiowe, okazywał znaczne zmętnienie i zawierał znaczną ilość białych ciałek krwi. Gdy jednak zaczęły występować objawy, które kazały podejrzywać ropień mózgu, otwarto czaszkę i opróżniono ropień płatu skroniowego; opony okazały się bez zmian. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem. Że przy ropniach mózgowych płyn mózgowo-rdzeniowy może okazywać zmętnienie i zwiększenie liczby białych ciałek krwi, zwrócił już dawniej na to uwagę Jansen. W drugim przypadku na podstawie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznano też ropne zapalenie opon mózgowych i na tej podstawie nie robiono operacyi. Uderzała przy mikroskopowem badaniu płynu mózgowego znaczna liczba czerwonych ciałek krwi. Na sekcyi okazało się, że opony mózgowe są bez zmian, a znaczna liczba czerwonych ciałek krwi w płynie mózgowordzeniowym znalazła wytłómaczenie w silnem przekrwieniu mózgu i wynaczynieniach mózgowych; przekrwienie to powstało wskutek rozległego zakrzepu zatoki poprzecznej. W trzecim przypadku rozpoznano na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego ropne zapalenie opon mózgowych i z tego powodu nie robiono operacyi. Na sekcyi okazało się, że opony mózgowe były bez zmian, natomiast ropa z ucha środkowego opuściła się na podstawę czaszki, następnie wzdłuż kręgosłupa do klatki piersiowej i przez otwory międzykręgowe do kanału kręgowego; wskutek tego nastąpiło ropne zapalenie opon rdzeniowych. *Zalewski.*

Stenger. **O znaczeniu opuchnięcia gruczołów chłonnych na szyi w przebiegu ropienia śródusza.** (*Archiv für Ohrenh.*, Tom 62, 1905). Körner i Mignon zwrócili uwagę na obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi w przebiegu ropienia ucha środkowego. Obrzmiewają przedewszystkiem gruczoły, znajdujące się w bliskości chorego ucha, mogą jednak obrzęknąć nawet gruczoły nad obojczykiem. S. zwraca uwagę na obrzmienie gruczołów, znajdujących się poniżej wyrostka sutkowego z tyłu, poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Szczególnie przy tych ropieniach, gdzie jest zajęty wyrostek sutkowy, zdarza się obrzmienie tych gruczołów. S. przytacza przypadki, z których widocznem jest, że w wielu razach może się to przyczynić do rozpoznania, mianowicie w tych przypadkach, w których po zapaleniu ucha środkowego pozostały jedynie objawy ze strony wyrostka sutkowego; — wtedy przy obrzmieniu gruczołów łatwiej zdecydujemy się na operacyę, choćby stan samej jamy bębenkowej nie uprawniał do tego. *Zalewski.*

Espenschied. **W sprawie stosunku między próchnieniem kości skalistej a zmianami w dnie oka.**

— Tenzer. **Zachowanie się dna oka w chorobach narządu słuchu.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 63). Zmiany w dnie oka spotykają się nieraz i w tych przypadkach ropienia śródusza, w których niema żadnych objawów ze strony mózgu; w większości jednak przypadków przy zmianach w dnie oka musimy myśleć o powikłaniu ze strony mózgu. W 13 przypadkach powikłań mózgowych, powstałych w przebiegu ropienia śródusza, które podaje E. w 3-ch przypadkach były zmiany w dnie oka, co wynosi 23%. Na 76 przypadkach powikłań ze strony mózgu, które podaje T., w 29 były zmiany w dnie oka, co wynosi 38%. Tabatake podaje 29,6%. Wedle E. zmiany w dnie oka w przebiegu ropienia śródusza wywołane bywają najczęściej przez zapalenie opon mózgowych; wedle T. nie możemy na zasadzie zmian w dnie oka powiedzieć, z jakiego rodzaju powikłaniem mamy do czynienia. Tak samo co do rokowania nie możemy, według T., na zasadzie badania dna oka nic wyrokować; liczba przypadków wyleczonych tak ze zmianami w dnie oka, jak bez zmian, jest mniej więcej równa; wedle E. natomiast uratowanie chorego z próchnieniem kości skalistej, jeżeli są zmiany w dnie oka, jest wątpliwe. Tabatake podaje, że na 16 takich przypadków 7 skończyło się śmiercią. *Zalewski.*

Haike. **Badania doświadczalne nad działaniem salicylanu sodowego i aspiryny na narząd słuchu.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 63). Pierwsze badania nad działaniem salicylanu sodowego na narząd słuchu przeprowadził Kirchner i znalazł tak w uchu środkowem, jak i w błędniku liczne wynaczynienia, które uważał za przyczynę objawów, jakie występują przy dłuższem zażywaniu lub zatruciu tym przetworem. Wielu jednak badaczy wyraziło wątpliwość, czy te wynaczynienia w narządzie słuchu są wywołane przez salicylan sodowy, czy też może one powstają wskutek przedśmiertnego duszenia się zwierzęcia. Co do chininy, Wittmaack niezbicie dowiódł, że wynaczynienia w narządzie słuchu powstają wskutek przedśmiertnego duszenia się. Badania H. wykazały, że tych wynaczynień przy zatruciu salicylanem sodowym lub aspiryną niema, jeżeli zwierzę zostaje zabite przedtem, nim wystąpiły objawy duszenia się. Co do zmian innych, jakie wywołuje salicylan sodowy i aspiryna w narządzie słuchu, to H. znalazł zmiany w komórkach nerwowych w *ganglion spirale* i *ganglion vestibuli*. Przy małych dawkach część chromatyczna komórek silniej się barwi, niż to bywa prawidłowo. Taką wzmożoną zdolność barwienia się komórek nerwowych spostrzegał Nissl, a po nim i inni po drażnieniu prądem elektrycznym. Jako największe zmiany spostrzegał H. zupełny rozpad części chromatycznej komórek nerwowych. W tych przypadkach, w których komórki okazywały największe zmiany, i nerw słuchowy okazywał zmiany zwyrodnienia; w lżejszych przypadkach zmian w nerwie słuchowym nie znajdował. Różnicy w działaniu salicylanu sodowego i aspiryny nie widział. *Zalewski.*

Habermann. **Przyczynek do nauki o chorobach narządu słuchu wskutek matołectwa.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 63). Częstym objawem matołectwa jest upośledzenie słuchu, a nawet głuchoniemota. Badań anatomo-patologicznych w tym kierunku prawie niema. H. w jednym przypadku znalazł zanik narządu Cortiego i przemieszczenie węzła ślimakowego w ten sposób, że część komórek nie znajdowała się w kanale odpowiednim, lecz między włóknami nerwu ślimakowego; ilość komórek nerwowych była też zmniejszona. To przemieszczenie węzłowych komórek nerwowych świadczy o niedorozwoju narządu słuchu, gdyż podobne ułożenie spotyka się we wczesnym okresie życia płodowego. *Zalewski.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. O. Loeb. **Wpływ wyskoku na serce zwierząt ciepłokrwistych.** (*Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie* 1905, Bd. 52, Heft 6). Doświadczenia wykonywano przeważnie na sercach kocich, wyosobnionych i w krew zaopatrywanych sposobem Langendorffa. Zwierzęta skrwawiano z tętnicy szyjnej, poczem wstrzykiwano im do żyły szyjnej fizyologiczny roztwór soli kuchennej w ilości, odpowiadającej całkowitej ilości krwi i wreszcie zwierzę ponownie skrwawiano. Otrzymaną w ten sposób mieszaninę krwi i rozczynu fizyologicznego soli kuchennej dopełniano do 500 ctm.³ wspomnianym dopiero co rozczynem soli kuchennej i dzielono na części. Jedna z tych części była użyta jako krew prawidłowa, do innych dodawano alkoholu w rozmaitej ilości. Wnioski, do jakich Loeb doszedł na zasadzie swych badań, są następujące: 1) Alkohol etylowy w rozczynie od 0,13% do 0,3% (na objętość) może wywierać w niektórych przypadkach nieznaczne działanie pobudzające. 2) Dopiero w rozczynie 1% wywiera alkohol działanie wyraźnie porażające. 3) Szkodliwiej działają 2—10% rozczyny alkoholu. Po pierwiastkowem porażeniu może nastąpić pokrzepienie serca, nawet gdy dopływ alkoholu trwa w dalszym ciągu. Może również nastąpić bardzo rychłe przyzwyczajenie się do jadu. 4) Serce zawsze się pokrzepia, gdy po usunięciu wyskoku, nawet 10%-go, przepuszcza się przezeń krew prawidłową. To pokrzepienie może być zupełne. 5) Pod wpływem alkoholu rozkurcz serca nie powiększa się. 6) Aby serce zupełnie przestało bić, należy przezeń przepuszczać alkohol w takiem stężeniu, aby w litrze mieszaniny krwi z fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, było go 80,02 gramów. Aby ten sam skutek otrzymać zapomocą eteru, chloroformu, wystarczy, gdy w litrze rzeczonej mieszaniny będzie tylko 17,0 eteru, lub tylko 0,84 chloroformu.

A. Wrzosek.

Arbekow. **Warunki wstecznego dostawania się płynów jelitowych (żółci, soku trzustkowego i jelitowego) do żołądka.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). A. badał w pracowni prof. Pawłowa odruch ruchowy z błony śluzowej jelita cienkiego na odźwiernik żołądka; jelito było odosobnione od innych części jelit z zachowaniem jednak z niemi nerwowej łączności (sposób Thiry-Vella). Drażniąc błonę śluzową tego odcinka lub też dwunastnicy rozczynami kwasu solnego (0,1—0,5%), 0,3% sody, ¼—10%-mydła, oliwą i sokiem żołądkowym, przekonał się on, że oliwa i mydło działają na odźwiernik przez wessanie końcowych przetworów ich rozkładu w płynach jelitowych, wywołując w ten sposób wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, który przedostając się do dwunastnicy, zamyka odruchowo odźwiernik. Odruch wywołany oliwą trwa dłużej, co tłómaczy się tą okolicznością, że dla jej rozkładu na przetwory łatwo wessalne niezbędny jest dłuższy czas. Te ilości oliwy, mydła i soku żołądkowego, które zwykle nie sprowadzają jeszcze odruchu ruchowego i wydzielniczego, nabierają tej własności w razie poprzedniego drażnienia błony śluzowej jelita 0,1% kwasem solnym. Wlewanie kwasu solnego do dwunastnicy i do Thiry-Vellaskiego odcinka jelita cienkiego, oprócz działania na odźwiernik, podnieca odruchowo czynność gruczołów: trzustki, wątroby i jelitowych, wywołując żółciowo-trzustkowo-jelitową wydzielinę. Obecność tej alkalicznej wydzieliny, zobojętniającej kwas solny, tłómaczy mniejsze natężenie odruchu ruchowego po wlaniu kwasu do odosobnionego odcinka jelita, niż do dwunastnicy. Dalsze doświadczenia wykazały, że ta naturalna mieszanka z żółci, soku trzustkowego i jelitowego stale dostaje się w razie drażnienia błony śluzowej dwunastnicy i jelita kwasem solnym drogą wsteczną do żołądka w ilości, będącej w prostym stosunku do ilości użytego kwasu i zobojętniając poniekąd tą drogą zawartość żołądka, wpływa również na stan odźwiernika i przedostawanie się pokarmu do dwunastnicy; drażnienie fizyologicznym rozczynem z dodaniem 0,3% sody nie wywoływało tego zwracania z jelita do żołądka: oliwa i mydła sprowadzały to zwracanie płynów jelitowych do żołądka, lecz nie same przez się, a wskutek wywołanego obfitego soku żołądkowego, zawierającego kwas solny. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Sawicz. **Wydzielina soku jelitowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1904). Sawicz badał w pracowni prof. Pawłowa na psach z przetoką dwunastnicową (sposób Thiry) fizyologiczną czynność wydzielania się soku jelitowego. Okazało się, że wydzielanie śluzu, wody i zaczynowych części soku stanowi zupełnie samodzielne funkcye, bodźcem swoistym dla kinazy soku jest sok trzustkowy, mianowicie jego zaczyn proteolityczny; proteolityczny zaczyn żółci nie wywiera żadnego wpływu na oddzielanie kinazy, więc nie może być identyfikowany z trypsyną; pepsyna niema również wpływu na kinazę. Podrażnienie mechaniczne sprowadza sekrecyę śluzu i płynnych części soku, lecz nie zaczynowych (kinazy, zarówno lipazy i amilazy soku). Sok jelitowy wywołuje lipazę soku trzustkowego i zwiększa jej działanie, lecz w mniejszym stopniu, niż żółć; to działanie soku jelitowego na lipazę, zarówno działanie jego na amilazę soku trzustkowego, posiada cechy nie zaczynowe. Kinaza w wysokim stopniu podnosi siłę zaczynu proteolitycznego soku trzustkowego, nawet w środowisku kwaśnem, gdzie czysty sok trzustkowy nie wywiera już działania. Mechanizm działania soku trzustkowego na wydzielenie kinazy S. sprowadza do miejscowego odruchu, jakkolwiek w razie silnych podrażnień ulegają podnieceniu również gruczoły, bezpośrednio nie drażnione. Kinazę wydziela nabłonek jelitowy, a nie tkanka limfoidalna. Pilokarpina wywołuje wydzielinę tylko płynnych części soku jelitowego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Helmitolem leczył Frezza (*N. Progr. intern.* 1904, 8) 8 przypadków zapalenia pęcherza; w 2 przyp. nieżytu pęcherza u prostatyków nastąpiło wyleczenie po 1—2 miesiącach; w 3 przypadkach zastarzałego nieżytu rzeżączkowego musiał działanie helmitolu poprzeć leczeniem miejscowem; w 3 przypadkach nierzeżączkowych skutek był dobry. *R.*

Nowe zastosowanie **aspiryny** podaje Rahn (*Allg. med. Ctr. Ztg.* 1905, 10), który używał z dobrym skutkiem 3% wyskoku aspirynowego w świerzbiączce u dzieci i w świądzie po ostrych osutkach, po wypryskach i świerzbie. Nad używanymi w tych razach zwykle maściami ma wyskok aspirynowy tę wyższość, że nie brudzi bielizny. Z dawniej znanych skutków aspiryny podnosi prof. Rénon (*Journ. des Prat.* 1905, 5) jej działanie przeciwgorączkowe, niezawodzące nawet u suchotników. Dawka 0,15—0,2 nie wywołuje zwykle potów, a obniża już ciepłotę. E. Reichmann zaś (*Heilkunde* 1905, 2) przekłada aspirynę nad wszelkie inne przetwory salicylowe ze względu na to, że żołądek łatwo ją znosi. Koi ona także według Reichmanna bole, n. p. w wiądzie rdzenia, a nawet u dotkniętych rakiem. *R.*

Glykosal podawał Schober (*Inaug. Diss. Halle* 1904) w oddziele Doc. Winternitza u 13 chorych na ostry gościec stawowy, w 6 przypadkach gośćca podostrego, 2 przewlekłego i w kilku przypadkach gośćca mięśniowego oraz wysięków opłucnych w dawce 1—2 gr. 3 razy dnia. Działanie było zupełnie równe działaniu innych przetworów salicylowych, jednakże bez właściwych im skutków ubocznych. Nawroty i powikłania ze strony serca były przy podawaniu glykosalu uderzająco rzadkie. *M.*

Bornyvalu próbował Wollenberg (*Deutsch. Praxis*, 1905, 8) w 3 przypadkach histeryi u kobiet, w jednym przypadku przypadłości nerwowych (bole głowy, kołotanie serca) w okresie przekwitania i w jednym przypadku ciężkiej neurastenii z przygnębieniem. Tylko w tym ostatnim przypadku lek, — zresztą podawany nieregularnie — nie wywarł skutku; w innych 4 przypadkach natomiast znikały dolegliwości nerwowe już po 5—10 dniach podawania bornyvalu 3 razy dnia po perełce). *Ll.*

Sapkę u osesków leczy się rozmaitymi sposobami, dotąd jednakże niewiele jest środków rzeczywiście skutecznych, a nieszkodliwych. Ballin (*Therapie der Gegenwart*, 1905, 2) zastanawiając się nad leczeniem sapki, zaleca przetwory nadnercza. Jednakże Hecht (*tamże*, 1905, 5) ostrzega przed tymi przetworami ze stanowiska praktyka; naprzód przetwory te może stosować tylko lekarz, a następnie — nadają się one tylko do pewnego okresu choroby. W okresie późniejszym sam Ballin zaleca maść precypitatową białą. — Natomiast sposobem, nadającym się dla lekarza — praktyka, bo w zastosowaniu łatwym, skutecznym, a nieszkodliwym, są według Hechta wkraplania 0·5% rozczynu *Sozojodol-zincicum*, z dodatkiem gliceryny, która usuwa zapalny obrzęk małżowin nosowych, przywracając wolny oddech przez nos. O skuteczności tego leczenia przekonał się H. także w błoniny nosa u chorych na płonicę. — Jeżeli sapka łączy się z obfitem wydzielaniem, to po wkraplaniach wspomnianych odpływa wydzielina obficie nosem i ustami, przez co jama nosowogardłowa oczyszcza się z wydzieliny i ustaje charczenie oraz kaszel. Lek wkroplony, spływając ku tylnej ścianie gardła, zapobiega szerzeniu się sprawy zapalnej w tę stronę. H. przeczy zdaniu Baginskyego, jakoby wkraplania usposabiały do zapaleń ucha środkowego; przeciwnie, zdaniem H., wkraplania właśnie zapobiegają temu powikłaniu. Pod ich wpływem wydzielina rychło się zmniejsza, nawet u dzieci zołzowatych, skłonnych do przewlekania się sprawy. Po wkraplaniach sozojodolowych nie tworzą się też strupki, często po adrenalinie. *Tr.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie im. Edwarda Korczyńskiego.

XIX Ogólne zebranie członków w dniu 30 maja 1905.

Przewodniczący Radca Dw. Prof. Dr. Edward Korczyński. Obecnych członków 17.

I. Protokół z poprzedniego ogólnego zebrania przyjęto.

II. Prezes wzywa do uczczenia przez powstanie pamięci dwóch zmarłych członków Towarzystwa Drów: Kazimierza Szymkiewicza i Jana Lubaszka, — co obecni wykonali.

III. Prezes zawiadamia o wydaniu nowego dzieła pod tytułem: „Krótki zarys nauki o chorobach usznych“, napisanego przez Dr. R. Spirę. Koszta wydania dzieła wynoszą 2.222 kor. 26 hal. Następnie składa podziękowanie Dr. R. Spirze i Dr. S. Szurkowi za trudy poniesione koło wydania dzieła. Dzieło to, którego cena księgarska wynosi 10 kor., rozesłane zostanie członkom i prenumeratorom, jako bezpłatne premium za r. 1903 i 1904.

IV. Administrator Towarzystwa zdaje sprawę z ruchu kasowego, sprzedaży książek i ruchu członków. Z końcem r. 1903 majątek Tow. wynosił 11,958 kor. 47 hal. Dochody Towarzystwa w r. 1904 wynosiły: wkładki członków 162 kor. 60 hal; sprzedane książki 783 kor.; kupony od obligacyi prop. i listów zastawnych 107 kor. 80 hal; odsetki z funduszu Towarzystwa, ulokowanego na książeczkach wkładkowych 283 kor. 38 hal. — Razem 1,336 kor. 58 hal.

Rozchody Towarzystwa w r. 1904 wynosiły: koszta ściągania wkładek 8 kor. 46 hal.; administracya 318 kor., klisze do nowego dzieła 236 kor. 26 hal.; część honoraryum autora 360 kor. — Razem 922 kor. 72 hal.

Czysty dochód wynosi 413 kor. 86 hal.

Wobec tego majątek Towarzystwa wynosi z końcem roku administracyjnego 1904: 12,372 kor. 33 hal., umieszczonych w papierach wartościowych, oraz na książeczkach wkładkowych.

Stan funduszów, jak niemniej stan dzieł nierozsprzedanych i zaległych wkładek, przechodziła szczegółowo Komisya kontrolująca (Dr. M. Buzdygan i Dr. J. Różecki) i znalazła wszystkie rachunki w należytym porządku. To też na podstawie sprawozdania tej Komisyi udzielono zarządowi absolutoryum za r. 1904.

Do Wydziału na r. 1905 i 1906 wybrano jednogłośnie: prezesem: Radcę Dworu Prof. Dr. E. Korczyńskiego; zastępcą prezesa: Prof. Dr. W. Jaworskiego; członkami Wydziału: Dr. A. Kwaśnickiego, Dr. J. Surzyckiego, Prof. Dr. Pieniążka, Dr. M. Buzdygana, Dr. E. Męsowicza. Tego ostatniego mianowano administratorem, podskarbim i sekretarzem Towarzystwa. Zastępcami wydziałowych wybrano: Dr. St. B. Kwiatkowskiego, Dr. G. Bielańskiego. Do Komisyi kontrolującej wybrano ponownie: Dr. J. Różeckiego i Dr. M. Buzdygana.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Erwin Męsowicz,
Sekretarz i Administrator Wydawnictwa.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 23—XI (6—XII) 1904 roku.

Przewodniczy wiceprezes prof. Dr. St. Zaleski. Obecnych członków 17.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, Zgromadzenie na wniosek prof. Dr. St. Zaleskiego upoważnia Komisyę Koła, wybraną w celu rozejrzenia się w uchwale Towarzystwa lekarskiego lubelskiego, dotyczącej polecania wód krajowych, do ułożenia okólnika, mającego się wystosować do zarządów zdrojowisk i uzdrowisk i do poczynienia możliwych wydatków; wreszcie Zgromadzenie powiększa skład Komisyi przybraniem nowych członków: prof. Dr. Ziemackiego, prof. Dr. Raczyńskiego i Dr. Wilamowskiego.

II. Doc. Dr. Witold Orłowski wygłasza rzecz pod tytułem: „Istotne i rzekome szmery sercowe“. Prelegent na podstawie własnych spostrzeżeń poddaje krytycznemu oświetleniu teorye, tyczące się powstawania rzekomych szmerów sercowych i szczegółowo omawia właściwości tych szmerów, odróżniające je od szmerów istotnych. Najczęstszą siedzibą szmerów rzekomych jest, według spostrzeżeń prelegenta, okolica tętnicy płucnej i koniuszka serca, jakkolwiek skurczowy szmer istotny czasami jest słyszalny tylko w okolicy tętnicy płucnej. Szmery rzekome, według prelegenta, są szmerami skurczowymi; lecz prelegent spostrzegał kilka przypadków szmerów przedskurczowych rzekomych, mianowicie w przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, powikłanej z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i w przewlekłem zapaleniu wsierdzia. Szmery rzekome są zwykle częściowo skurczowymi, mianowicie środkowoskurczowymi; mogą jednak, według spostrzeżeń prelegenta, przechodzić w szmery, zajmujące cały skurcz. Siła szmeru, jego dźwięk i zmiany w zależności od oddychania nie mają, zdaniem prelegenta, żadnego znaczenia rozpoznawczego. W położeniu leżącem szmery rzekome zwykle słabną i nawet znikają. Szmery rzekome odznaczają się niestałością i słabem przewodnictwem; w niektórych jednak razach udzielają się na znaczne przestrzenie i są słyszane nawet u kręgosłupa: szmery istotne, przeciwnie, zwykle udzielają się bardzo daleko; w niektórych jednak przypadkach prelegenta szmery te można było słyszeć na bardzo ograniczonej przestrzeni, nawet w jednym tylko punkcie. Wbrew twierdzeniu autorów, w rzadkich przypadkach szmerom rzekomym może towarzyszyć rozszerzenie prawej komory sercowej i wzmożenie 2-go dźwięku nad tętnicą płucną; wreszcie szmery rzekome zwykle słabną pod wpływem leków sercowych. Prelegent ilustrował swój wykład przytoczeniem wielu przykładów z własnego spostrzeżenia.

Dyskusya: Dr. Wierciński zaznacza, że szmery organiczne mogą odznaczać się niestałością, która, według prelegenta, cechuje szmery nieorganiczne; podobny stan spostrzegamy np. w ostrych sprawach zapalnych wsierdzia; dla rozpoznania rodzaju szmeru sercowego ogromne znaczenie ma, według mowcy, należyte uwzględnienie całego obrazu klinicznego.

Prelegent zaznacza, że właśnie w swoim odczycie wykazał, że pojedyncze cechy, przypisywane szmerom organicznym i nieorganicznym, bardzo często nie dają dostatecznej rękojmi dla prawidłowego ocenienia charakteru szmeru, o którym można wyrobić sobie zdanie nieraz dopiero na podstawie długiego i ścisłego badania chorego; o ważności znaczenia pod tym względem szczegółowego badania chorego świadczą przytoczone historye chorób.

Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, do rzędu jakich szmerów zalicza szmery muzykalne?

Prelegent tłómaczy, że powstanie szmerów muzykalnych dotychczas nie jest jasne; we własnych spostrzeżeniach, zakończonych sekcyą, tym szmerom towarzyszyło stężenie (*rigiditas*) zastawek.

Prof. Dr. Ziemacki przytacza przypadek, który dotyczy 10-cioletniego dziecka ze szmerem muzykalnym w okolicy tętnicy głównej; szmer ten właściwościami swemi robił wrażenie, jakby powstawał z przelewania i wirowania krwi; mówca tłómaczył go sobie, jako szmer organiczny wskutek niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla.

Prelegent zaznacza, że w okolicy tętnicy głównej słyszy się nieraz szmer rozkurczowy, udzielony z opuszki żyły szyjnej, bez żadnych zmian w półksiężycowatych zastawkach tętnicy głównej; dla rozpoznania drożności przewodu tętniczego nie wystarcza obecność szmeru, najczęściej skurczowego w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym; dla tego niezbędny szereg objawów, mianowicie: pasmo stłumienia, rozpoczynające się od obojczyka i przebiegające ku dołowi po stronie lewej mostka, przerost prawej komory i inne.

Dr. Wierciński przypomina sobie również jeden przypadek szmeru w okolicy tętnicy głównej u dziecka, w którym nie było zmian, cechujących wadę serca; szmer ten zdaniem kolegi, którego rady zasięgał mowca, miał powstawać w żyle nieparzystej (v. azygos).

Prof. Dr. St. Zaleski podkreśla istotną wartość twierdzeń prelegenta i podnosi czystość przez niego używanej polskiej terminologii lekarskiej, co jest wielką zasługą prelegenta.

III. Prof. Dr. Ziemacki wygłasza rzecz pod tyt.: „W sprawie szybkości tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym“. Do prele-

genta zgłosił się chory w wieku lat 32 z objawami kamieni w pęcherzu moczowym i surowiczego zapalenia lewej opłucnej. Przed rokiem w następstwie rzeżączki zapadł chory na lekki nieżyt pęcherza moczowego, który sprowadził zatrzymanie moczu; dla usunięcia tego objawu lekarz ziemstwa wprowadził do pęcherza cewnik, lecz gdy następnie starał się go wyciągnąć, to wydostał tylko $\frac{1}{5}$ część, reszta pozostała w cewce moczowej i przedostała się do pęcherza; po upływie 5 miesięcy pokazał się u chorego żwir i piasek w moczu; lekarz stwierdził obecność w pęcherzu kamienia, lecz wobec współistniejącego zapalenia opłucnej od wykonania operacyi odstąpił; po upływie dalszych 7 miesięcy chory zgłosił się do prelegenta. Badanie cystoskopem wykazało obecność w pęcherzu szarej masy tuż koło wewnętrznego otworu cystoskopu; dojrzeć coś więcej nie było można, ponieważ pęcherz był bardzo mało rozciągliwy; mocz oddziaływał bardzo zasadowo, zawierał mnóstwo ruchliwych prątków i był mętny. W uśpieniu hedonal-chloroformowem wykonał prelegent cięcie nadłonowe i wydostał z pęcherza 7 kamieni z fosforanów, z których każdy zawierał wewnątrz kawałek cewnika; wszystkie te więc kamienie musiały powstać w ciągu jednego roku. Przypadek prelegenta jest jedynym przypadkiem w piśmiennictwie, który przekonywująco dowodzi szybkości tworzenia się kamieni. Odczyt ten ilustrował prelegent okazami wyjętych kamieni i demonstracyą jednego kamienia wielkości prawie pięści z innego przypadku prelegenta, w którym kamień utworzył się w ciągu 8 lat.

W dyskusyi zwraca prof. Dr. Zaleski uwagę na etyologię choroby w przypadku prelegenta i ostrzega przed używaniem cewników kauczukowych, przechowywanych przez czas dłuższy w suchem powietrzu, ponieważ stają się one w tych warunkach bardzo kruchymi.

Dr. Maczewski przytacza przypadek, leczony w szpitalu Obuchowskim, dotyczący chorej na częste zaostrzenia zapalenia otrzewnej; badanie ginekologiczne wykazało w przedniem sklepieniu wyraźny naciek, który w jednem miejscu był twardy, a w drugiem wyczuwało się chełbotanie; wobec silnych bólów w okolicy jelita ślepego rozpoznano zapalenie okołokątnicze; inni zaś przypuszczali ropne zapalenie nerki (*pyonephrosis*); operacya wykazała zapalenie otrzewnej i obecność w mniejszej miednicy ciała twardego, które okazało się kamieniem moczowym; dokonana *sectio alta* wyjaśniła, że zapalenie otrzewnej powstało w następstwie odleżyny, wywołanej tym kamieniem.

Prof. Dr. Ziemacki wspomina o przypadku kamienia moczowego u chorej, która na kilka lat przedtem po porodzie miała przetokę pęcherzowo-pochwową; kamień wielkości pięści był nadzwyczaj miękki i składał się przeważnie z waty; oczywiście wacik, wprowadzony po porodzie do pochwy przez położną, przedostał się przez przetokę do pęcherza moczowego i odegrał rolę ciała obcego, na którem osiadły strącone sole; przetoka zaś z czasem zamknęła się.

Prof. Dr. St. Zaleski zaznacza, że prof Kosiński przytaczał na swych odczytach przypadki, w których jako jądro dla kamieni moczowych były zwitki waty, wprowadzone w celach zapobieżenia zastąpieniu do pęcherza moczowego, zamiast do pochwy.

Dr. Maczewski i prof. Dr. Ziemacki oświadczają, że przy zaszywaniu przetok można naocznie przekonać się, z jaką szybkością tworzą się kamienie.

Prof. Dr. St. Zaleski zwraca uwagę na puste jamki w kamykach moczowych, które nieraz miał możność spostrzegać podczas badań wielkiej liczby kamieni w klinice dorpackiej; tłómaczył je sobie, jako wytwory sztuczne podczas piłowania kamieni. Do tegoż zdania dołącza się i prelegent prof. Ziemacki.

Prof. Dr. St. Zaleski przypuszcza jednak, że jamki te mogą powstawać i drogą naturalną, mianowicie wskutek rozkładu kłaczków śluzu lub innych ciał, zawierających się w kamykach i następowego ulotnienia się wytworzonych gazów.

Na tem posiedzenie naukowe zamknięto.

Witold Orłowski.

VIII. † Wiktor Wehr.

Chirurgia polska w ostatnich kilku latach poniosła znaczne straty. Niedawno ubyło dwóch dzielnych pracowników na niwie ojczystej nauki: ś. p. Alfred Obaliński i Rudolf Trzebicky, a już na nowo geniusz śmierci rozpostarł swe skrzydła i znowu stoimy nad świeżą mogiłą. Dnia 31 maja b. r. rozstał się z tym światem po krótkiej chorobie zupełnie niespodziewanie Dr. Wiktor Wehr, profesor nadzwyczajny chirurgii w Uniwersytecie lwowskim, osieracając żonę i wydział lekarski. Zasługi jego na polu naukowem stawiają go w rzędzie prawdziwych przodowników nauki, na których z szacunkiem zwracają się oczy kolegów i społeczeństwa, a których młodsze pokolenie lekarzy z zapałem naśladować powinno. Nie był on pisarzem płodnym, jednak to, co napisał, miało piętno wytrawnej twórczości i podniosło poziom naszej nauki o jeden szczebel wyżej.

Ś. p. Wiktor Wehr urodził się w Częstochowie roku 1852, uczęszczał do gimnazyum w Kaliszu, a ukończył je w Warszawie r. 1868. Następnie uczęszczał na wydział matematyczny Szkoły głównej warszawskiej przez rok, potem przeniósł się do Krakowa na wydział lekarski i ukończył go w r 1875. Po uzyskaniu obywatelstwa austryackiego pełnił do r. 1877 obowiązki asystenta w krakowskiej klinice chirurgicznej, pozostającej wówczas pod kierownictwem ś. p. Prof Bryka.

Przez rok służył jako lekarz korwetowy w marynarce austryackiej; przez następny rok pełnił obowiązki sekundaryusza w szpitalu powszechnym we Lwowie. Z końcem roku 1879 wstąpił w charakterze lekarza pomocniczego do kliniki prywatnej Rydygiera w Chełmnie Tej to klinice z owego czasu zawdzięczamy pierwsze a tak znakomite w skutkach zawiązki chirurgii żołądkowej. Tam też zaznajomił się ś. p. Wehr z najnowszemi zdobyczami chirurgii i tam wykonał piękną i znakomitą pracę doświadczalną z zakresu chirurgii żołądkowej, która przyczyniła się do udoskonalenia techniki wycinania odźwiernika.

W pracy tej podaje ś. p. Wehr prócz innych cennych wskazówek przedewszystkiem sposób najodpowiedniejszego i najłatwiejszego wyrównania światła zeszyć się mających odcinków żołądka i dwunastnicy. Zaleca on mianowicie skośne, owalne lub kątowate przecięcie węższego odcinka. Sposób podobny polecał znacznie później Madelung, jednak pierwszeństwo tego pomysłu należy się bezsprzecznie ś. p. Wehrowi. Dalej podał ś. p. Wehr w wspomnianej pracy swoje uciskadło elastyczne kiszkowe, zmieniając uciskadło Rydygiera w ten sposób, że drugi pręt metalowy zastępuje kawałkiem drenu, którego końce umocowuje w rozszczepionych końcach pierwszego pręta metalowego. Wreszcie na podstawie swoich doświadczeń wykazuje ś. p. Wehr wyższość metody Rydygiera resekcyi odźwiernika od sposobu Billrotha. Jak wiadomo, technika ta resekcyi odźwiernika utrzymała się po dziś dzień i stanowi operacyę typową w szeregu operacyi żołądkowych, powszechnie przyjętą przez większość chirurgów.

W r. 1881 osiadł ś. p. Wehr stale we Lwowie i oddał się wyłącznie praktyce chirurgicznej. Na owe czasy przypada druga jego wydatna praca naukowa, a mianowicie mozolne studya, przedsięwzięte w lwowskiej Akademii weterynaryi nad rozjaśnieniem istoty raka. Wynikiem tej pracy było udowodnienie przeszczepialności raka z jednego zwierzęcia na drugie tego samego rodzaju, fakt, który później dopiero stwierdził Hanau, a który Niemcy niesłusznie przypisują Hanauowi

Gdy w ostatnim lat dziesiątku chirurgia serca dzięki udoskonaleniu aseptyki doszła do tego stopnia rozwoju, że niektórzy chirurdzy odważyli się na otwarcie klatki piersiowej w celem zeszycia ran kłutych serca i gdy przy tem kilku z nich, a mianowicie Rehnowi, Parozzaniemu i Parlavecchio udało się w ten sposób uratować życie chorych, chciał Wehr na podstawie własnej pracy doświadczalnej przekonać się, o ile operacya podobna ma racyę bytu, oraz wśród jakich warunków i przy użyciu jakiego rodzaju techniki udać się może. W tym celu wykonał 42 doświadczeń na psach i królikach: na tę liczbę

doświadczeń tylko 5 zwierząt udało się uratować, reszta zginęła albo wskutek porażenia serca w następstwie ucisku, albo wskutek odmy piersiowej, zapalenia opłucnej, worka sercowego lub wreszcie krwotoku. Te właśnie niekorzystne wyniki zachęciły ś. p. Wehra do szukania za nowym sposobem techniki operacyjnej przy tym zabiegu. Na podstawie badań anatomicznych na zwłokach udało mu się też wymyśleć własną metodę osteoplastyczną, pozwalającą na szerokie odsłonięcie worka sercowego i serca bez naruszenia opłucnej. Metoda ta przedostała się do najnowszych podręczników chirurgicznych niemieckich i bywa ogólnie polecaną.

Ś. p. Wehr należał do założycieli polikliniki lwowskiej i przez 17 lat gorliwie w niej pracował z wielką korzyścią dla chorych i nauki. Prawie z chwilą powstania kliniki chirurgicznej lwowskiej habilitował się jako docent prywatny chirurgii tutejszego Uniwersytetu i wkrótce doczekał się stopnia profesora nadzwyczajnego.

Jakkolwiek, — pomimo wszelkich kwalifikacyi, — nie miał sposobności rozwinąć większej działalności naukowej, rozporządzając tylko skąpym materyałem polikliniki i praktyki prywatnej, to jednak szedł zawsze z postępem nauki i sztandar jej wysoko nosił; oddawał się z zamiłowaniem i gorliwie badaniom histologicznym i bakteryologicznym, brał czynny udział w zjazdach chirurgów polskich i niemieckich i śledził bacznie za najnowszemi odkryciami nietylko w dziedzinie chirurgii, ale i medycyny wogóle.

Podnieść tu muszę piękne i rzadkie zalety charakteru, które zdobiły tę postać prawdziwego uczonego. Skromny i cichy, mało udzielający się w życiu towarzyskiem, żył tylko oddany książkom i badaniom naukowym. U kolegów umiał sobie zaskarbić szacunek i przyjaźń, dlatego też zgon jego nagły i niespodziewany wzbudził szczery żal w szerokich kołach lekarskich. Poliklinika lwowska traci w nim dobrego kolegę, szczerze oddanego współpracownika, a chorzy jednego z najlepszych lekarzy.

Dowodem szacunku i przywiązania, jakiego od kolegów doznawał, był hołd ostatni, oddany śmiertelnym jego szczątkom. W pochodzie pogrzebowym wzięli udział: senat akademicki, profesorowie wszystkich wydziałów, profesowie politechniki, akademii weterynaryi, Izba lekarska, Towarzystwo lekarskie, grono lekarzy polikliniki powszechnej, lekarze wolno praktykujący, liczna młodzież akademicka i mnóstwo publiczności. Imieniem Uniwersytetu, wydziału lekarskiego i zjazdów chirurgów polskich przemówił nad grobem Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier; imieniem Polikliniki Dr. R. Barącz, zaś imieniem Towarzystwa lekarskiego Dr. Wechsler.

Choć krótko żył, niemniej przeto dosyć zdziałał, dając z siebie wzór rzetelnej pracy, bezinteresowności i poświęcenia. Cześć jego pamięci! *Roman Barącz.*

Spis prac ś. p. prof. Dr. Wiktora Wehra:

1) Zur Operationstechnik bei Pylorusresectionen. „Centralblatt für Chirurgie", 1881, Nr. 10. — 2) Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresectionen. „Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie", Bd. 17, 1882. — 3) O resekcyi odźwiernika. „Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego", 1882, tom 78. — 4) Demonstration der durch Impfung von Hund auf Hund erzeugten Carcinomknötchen. „Bericht über die Verhandlungen der deutschen Geselschaft f. Chirurgie", XVII Kongress, 1888. — 5) Weitere Mittheilungen über die positiven Ergebnisse der Carcinomüberimpfungen von Hund auf Hund. „Archiv. für klinische Chirurgie", 39 Bd., 1889, str 226. — 6) O zasadach udzielania pierwszej pomocy rannym w najbliższej wojnie. Wykład miany na I Zjeździe chirurgów polskich. „Przegląd lekarski", 1890, Nr. 49 i 50. — 7) Przypadek promienicy brzusznej. „Pamiętnik II-go Zjazdu chirurgów polskich". Kraków, 1891, str 358 — 8) O formaldehidzie czyli metanalu. „Przegląd lekarski", 1895, Nr. 14. — 9) Przypadek trepanacyi czaszki z powodu ropnia w płacie czołowym mózgu. „Pamiętnik VII go Zjazdu chirurgów polskich 1895 r." Kraków, 1896, str. 95. — 10) Ueber Herznaht und Herzwandresection. „Archiv für klinische Chirurgie", 95 Band, Heft 4, 1899. — 11) Eine neue Methode der Brustkorböffnung zur Blosslegung des Herzens. Ibidem.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Na pokrycie kosztów portretu ś. p. prof. Dr. Rudolfa Trzebicky'ego złożyli na ręce kol. Dr. Branda: Po 30 koron: Dr. Kośmiński i Dr. Schneck. — Po 20 koron: Dr. Girlewski, Prof. Dr. Gluziński, Prof. Dr. Jaworski, Klinika okulistyczna w Krakowie, Prof. Dr. Korczyński Edward, Doc. Dr. Schramm, Dr. Weinsberg i Prof. Dr. Wicherkiewicz. — Po 10 koron: D-rowie: Berger, Bernadzikowski, Bogdanik, Brand, Ćwiklicer, Dziewoński, Engländer, Gogulski, Karliński, Kędzior, Prym. Krokiewicz, Mikucki, Poźniak, Teichmann i Zopoth. — Po 6 koron: D-rowie: Lang, Marzewski i Steiner. — Po 5 koron: D-rowie: Aronsohn, Czaykowski, Ebersohn, Eisenberg, Friedmann, Habicht, Kapellner, Murczyński, Torczyński, Wiszniewski i Żmigrod. — Po 4 korony: D-rowie: Blasberg, Doc. Chlumský, Fleszar, Gólski, Kijas, Wachnianin i Zadurowicz. — Po 2 korony: D-rowie: Albinowski, Doboszyński, Hernich, Nitsch i Riedmüller.

Razem zebrano przeto kwotę **481 kor.** Wydano **469 kor. 54 hal.**, a mianowicie wydano: za portret (p. Jan Januszewski) 250 kor., za ramy dębowe 96 kor., tabliczki 10 kor., sznury 35 kor., umocowanie portretu 5 kor. Listy, portorya, listonosze i inne drobne wydatki 76 kor. 54 hal. Pozostałą resztę, t. j 11 kor. 46 hal. wręczy się Towarzystwu samopomocy lekarzy, wraz z kwotami, jakie jeszcze Koledzy na rzecz portretu złożyć przyrzekli. Fotografię ś. p. prof. Trzebicky'ego w dużym formacie darował oddziałowi chirurgicznemu zakład fotograficzny M. A. Olmy w Krakowie. *Dr. Bogdanik.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 czerwca.

* Dr. Jan Mikulicz, prof. chirurgii w Uniwer. wrocławskim, b. profesor Uniwer. Jagiell., zmarł d. 14 b. m.

* Międzynarodowy Zjazd położników i ginekologów, który miał się odbyć w sierpniu t. r. w Petersburgu, został odłożony na r. 1906. Postanowienie to zostało przesłane przez prof. Otta przewodniczącemu Komitetu polskiego prof. Dr. A. Marsowi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w uniwersytecie lwowskim otrzymał Jakób Selcer.

* W Instytucie bakteryologicznym Dr. Serkowskiego w Łodzi rozpoczynają się dnia 1 lipca praktyczne ćwiczenia z zakresu bakteryologii cholery dla III-ciej grupy lekarzów, farmaceutów i studentów. Program jest następujący: wyosobnienie przecinkowców cholerycznych, różniczkowanie ich, serodyagnostyka, aglutynacya, objaw Pfeiffera, przygotowanie szczepionek przeciwcholerycznych i technika szczepień, zasady praktycznego odkażania.

* Wielu kolegów zgłasza się do krakowskiej kliniki lekarskiej z żądaniem umieszczenia chorych w separatkach klinicznych: prof. Dr. Walery Jaworski uprasza nas o zawiadomienie, że życzeniu temu zadość czynić nie może jedynie z powodu braku dostatecznej liczby służby klinicznej.

* Dr. Lehmann, właściciel zakładu leczniczego i twórca metody leczenia, noszącej jego imię, zakończył życie, licząc lat 46.

* Kasa chorych nieprotokołowanych agentów handlowych w Wiedniu uchwaliła jednogłośnie pozostawić swoim członkom wolny wybór lekarza. Tym sposobem zakończyła się zwycięzko walka wiedeńskiej Izby lekarskiej z tą Kasą.

* W dotychczasowych przepisach, dotyczących mianowania prywatnych docentów w uniwersytetach austryackich, nastąpi taka zmiana, że do tej pory rozstrzygała absolutna większość obecnych na posiedzeniu profesorów, a w przyszłości wymagane będą dwie trzecie głosów kolegium profesorów.

* Pierwszy Zjazd niemieckiego Towarzystwa sądowej medycyny odbędzie się w Meranie od 25 do 28 września t. r., jednocześnie ze Zjazdem niemieckich naturalistów i lekarzy. Towarzystwo sądowej medycyny liczy już 223 członków.

* Między 28 maja a 3 czerwca zaszły w Galicyi nowe przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, mianowicie: w 36 (59 zeszł. tygodnia) gminach, należących do 22 (34 z. t.) powiatów, zachorowało osób 54 (86 zeszł. tyg.), zmarło 51 (39 z. tyg.). Nowe przypadki zaszły w powiatach: wadowickim (9), mieleckim (7),

bialskim (6), niskim (5), krakowskim (4), bocheńskim, jarosławskim kamioneckim, tarnobrzeskim, żydaczowskim (po 2), borszczowskim, liskim, myślenickim, podgórskim, przeworskim, rzeszowskim, staro-sambosrkim, stryjskim, tłumackim, wielickim (po 1) W m. Krakowie 2, we Lwowie 2.

* Między 21 a 27 maja doniesiono władzy o 4 przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, buczackim, cieszanowskim (po 1 gm.), czortkowskim (3 gm.), doliniańskim (1 gm.), drohobyckim (3 gm.), horodeńskim, grodeckim (po 1 gm.), kamioneckim (2 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), kołomyjskim (4 gm.), jarosławskim, jaworowskim (po 1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), sanockim, skałackim (po 1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (5 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim, trembowelskim (po 1 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim, żółkiewskim (po 3 gm.), złoczowskim (2gm.). W m. Lwowie i Krakowie po 1 przypadku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Fr. Bruno Hofmann mianowany został profesorem fizyologii w Insbruku. Doc. Dr. Borchardt, asystent prof. Bergmana, mian. został prof. nadzwycz. w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franciszek Rogala, lat 60, zmarł w Kamieniu (Ks. Poznańskie). Dr. Stanisław Balko, zmarł w Knihinnie pod Stanisławowem.

Błąd druku. W Nr. 23 „Przegl. lek.“, na stronie 345, w wierszu 29 od góry, na szpalcie pierwszej, w artykule Dr. Reisa zaszła pomyłka: zamiast *1899* ma być *1889*.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 22. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia (dok.). Gaszyński: Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiarów sprzężny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego (dok.). Rybicki: Uwagi dotyczące nowej metody leczenia drgawek porodowych — i odpowiedź Dr. Gaszyńskiego na powyższe „Uwagi“.

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Pruszyński: O szczepionkach przeciwcholerycznych. Bar ącz: W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu na podstawie własnego doświadczenia (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 6. Gaszyński: Nowa teorya o wymierzaniu miednicy, oraz opis cyrkla, służącego do zdejmowania wszelkich wymiarów miednicy w ich długości i nachyleniu do ścian miednicy.

— *Postęp okulistyczny* (kwiecień i maj). Rumszewicz: Śródbłoniak oczodołu. Wicherkiewicz: Operacye przeciw jaskrze a nagniatanie gałki następowe.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 5. Litwin: O popularyzacyi higieny jamy ustnej. Dzierżowski: Złoto aksamitne.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 23. Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.). Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrožene přijici (c. d.). Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosnim serem Bujwidowým lečenych (c. d). Pitha: Tuberkulose pravé ledviny. Nephrectomia.

— *La Presse médicale* Nr. 44. Niedokrewność górników po wcieleniu do wojska. Chaput: Kilka szczegółów technicznych, dotyczących operacyi wyrostka robaczkowego. Nacięcie ściany jamy brzusznej. Leczenie kikuta. Sączkowanie przez otwór w brzuchu, w odbytnicy lub w pochwie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. Lewin: Pomoc dla pracujących w zetknięciu z truciznami. Kirchner: O obecnej epidemii zapalenia opon mózgowordzeniowych i o jej zwalczaniu. Laqueur: Fizykalne leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów. Lüdke: Wytwarzanie się niweczników jako sprawa wydzielnicza komórek. Dreser: O zastosowaniu „jothionu“. Frenkel: Zasady leczenia wiądu ćwiczeniami Spiess: Wodolecznictwo w chorobach dróg oddechowych (dok.). Hoffmann: Uzupełnienie rozprawy Schaudinna i Hoffmanna o krętym prątku bladym w kile.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 23. Reuter: Anatomiczne znamiona oparzenia za życia a po śmierci. Sachs: Przyczynek do patologii zapalenia sromu Heindl: Gorączka sienna i jej swoiste leczenie polantyną. Strasser: Rak śluzakowy sutka z krwotokami.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 23. Axenfeld Oczodołowa resekcya Kroenleina w celu leczenia nowotworów i zapaleń pozagałkowych. Baumann: Przechowywanie mleka zapomocą wody utlenionej. Schade: Katalityczny wpływ spalania cukru. Sick: Ogólne ostre nawrotowe zapalenie mięśni o cechach zapalenia nagminnego. Schlesinger: W sprawie szeregu objawów, zwłaszcza stanów kurczowych, po użyciu teofiliny. Kehr: Dwie szczególne operacye w zakresie dróg żółciowych. Wilms: Leczenie wąglika surowicą. Trautmann: Dwa dalsze przypadki t. zw. „gorączki gruczołowej“.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23. Rostborn: Leczenie zakażenia połogowego. Arnsperger: Najodpowiedniejsza chwila do wykonania operacyi na wyrostku robaczkowym. Ibrahim: Przyczynek do patogenezy choroby Hirschsprunga Reunert: O schorzeniach rzekomobiałaczkowych spowodowanych gruźlicą i o leczeniu ich nową tuberkuliną. Piórkowski: Dalsze uwagi nad szczepieniem kiły u koni. Sternberg: Nowa metoda klinicznego badania zmysłu smaku zapomocą „gustometru“.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 23 (od dnia 4/VI do 10/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dziew. 37; nieżywo: chł. 2, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 12; zamiejscowych: męż. 14, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 13. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 3. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 2, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 1. 21) nowotwory: miej. —, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. 3 ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 3, ob. —. **Razem:** miejscowych 30, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 b. m., o godzinie 6 wieczorem, ***w Domu Towarzystwa,*** posiedzenie zwyczajne, na którem: 1. kol. Dr. Borzęcki przedstawi rzadsze przypadki chorobowe; 2. kol. doc. Rutkowski mówić będzie: „O metodzie leczniczej Biera“ (z demonstracyą).